

RECOMENDACIÓN No. 38 /2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE SALUD DE V, DERECHOHABIENTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS.

Ciudad de México, a 7 de septiembre de 2020.

**ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafos primero a tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I a 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 los hechos y las evidencias del expediente CNDH/2/2017/5906/Q, derivado de la queja presentada por F1, en relación a la violación del derecho humano a la protección de la salud, por la inadecuada atención médica proporcionada a V de manera subrogada por Petróleos Mexicanos, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad destinataria de la presente Recomendación, a través

de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que éstas dicten previamente las medidas de protección de los datos personales correspondientes.

3. Para este último efecto, a continuación se presenta glosario de términos con el significado de las claves utilizadas:

Denominación	Clave
Víctima	V
Familiar	F
Empresa de seguros de salud	Proveedor de seguros de salud
Hospital privado perteneciente a la red médica del proveedor de seguros de salud que presta la atención médica subrogada	Hospital Subrogado
Médico particular	M
Autoridad responsable	AR

4. A lo largo del presente documento, la referencia a distintas instancias públicas, instrumentos legales o conceptos, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre de instituciones, instrumentos o conceptos	Acrónimo y/o abreviatura
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Federal
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Convención Americana
Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre Petróleos Mexicanos por sí y en representación de sus	Contrato Colectivo de Trabajo

empresas productivas subsidiarias y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana	
Contrato abierto de servicios celebrado entre Petróleos Mexicanos y el proveedor de seguros de salud	Contrato de servicios de salud
Petróleos Mexicanos	PEMEX
Procedimientos Médicos-administrativos de los servicios subrogados de PEMEX	Procedimientos de los servicios subrogados
Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (UN Guiding Principles on Business and Human Rights)	Principios de la ONU

I. HECHOS.

5. Mediante escrito de queja recibido en la Comisión Nacional el 13 de julio de 2017, F1 refirió que el 2 de mayo del mismo año, aproximadamente a las 21:00 horas, acudió con su esposo V y su hija F2 al Hospital Subrogado, debido a que V, de 70 años de edad, “*se sentía muy mal*”, ocasión en la cual M1, médico en turno del área de Urgencias, únicamente le aplicó una inyección intravenosa, sin informarles el medicamento que le habían suministrado y les otorgó una receta la cual debía ser entregada a la médico general de ese Hospital Subrogado a fin de obtener los medicamentos prescritos.

6. El 3 de mayo de 2017, se presentan con M2, médica general, a quien le comentan que V continúa con malestares, por lo que M2 solicita la elaboración de diversos estudios de laboratorio. Al día siguiente, regresan al Hospital Subrogado para la toma de muestras de laboratorio, a continuación, M2, según el dicho de F1,

diagnostica a V con “*anemia y fiebre tífus*” y le prescribe ocho medicamentos. Posteriormente acuden a la farmacia del Hospital Subrogado para obtener los medicamentos prescritos, sin embargo, les indican que no contaban con los mismos, solicitándoles que acudieran al día siguiente para que se los proporcionaran.

7. El día 5 de mayo acudieron nuevamente a la farmacia del Hospital Subrogado, donde les indicaron que todavía no contaban con los medicamentos y les solicitaron que al día siguiente se comunicaran vía telefónica para que les informaran si ya contaban con ellos. En la madrugada del día siguiente, y toda vez que V comentó a sus familiares que sentía que “*le faltaba el aire*”, nuevamente acudieron al área de Urgencias, donde M3 atendió a V a las 03:55 horas, minutos después informó a sus familiares que V presentó paro cardiorrespiratorio a las 03:59 horas y solicitó su autorización para intubarlo. A las 04:45 horas se declaró su fallecimiento.

8. Una vez que F3 se encontraba realizando el trámite para el traslado del cuerpo de V a la funeraria, trabajadores del Hospital Subrogado le solicitaron realizara un depósito de \$600.00 pesos por concepto de las sábanas con las que se estaba cubriendo el cadáver de V, y que de no hacerlo lo sacarían desnudo.

9. Con motivo de lo anterior, la Comisión Nacional inició el expediente de queja CNDH/2/2017/5906/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos, se solicitó información a PEMEX, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja recibido el 13 de julio de 2017 en esta Comisión Nacional, al que se adjuntaron las siguientes constancias:

10.1. Copia fotostática simple de ocho recetas médicas correspondientes al mismo número de medicamentos prescritos a V los días 3 y 4 de mayo de 2017.

10.2. Estudios de laboratorio practicados a V el día 4 de mayo de 2017 en el Hospital Subrogado.

11. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1862-2017 del 19 de octubre de 2017, mediante el cual PEMEX remitió la información solicitada, de la que se desprenden las siguientes constancias:

11.1. Oficio DCF-SP-SSS-CMZV-SMD-TCH-267-2017 del 14 de octubre de 2017, mediante el cual AR1, Supervisor Médico Sectorial de PEMEX, rindió el informe solicitado, detalló la atención médica brindada a V en el Hospital Subrogado y remitió nota clínica de cardiología de PEMEX del 8 de enero de 2016 del Hospital General Salina Cruz, Oaxaca.

11.2. Informe del 16 de octubre de 2017 rendido por el representante legal del Hospital Subrogado, en el que se informó la atención proporcionada a V los días 2 y 6 de mayo de 2017 y remitió copia del expediente clínico de V, en el que constan:

11.2.1. Copia de la nota de ingreso de V a Urgencias en el Hospital Subrogado el 2 de mayo de 2017 a las 22:45 horas.

11.2.2. Copia de la nota de ingreso a Urgencias en el Hospital Subrogado el 6 de mayo de 2017 a las 03:55 horas.

11.2.3. Copia de la Hoja de Evolución e Indicaciones del 6 de mayo de 2017, en la que se señaló como motivo de egreso la defunción de V.

11.2.4. Copia del certificado médico de defunción de V en el que se estableció, como causas de la defunción: choque cardiogénico, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer de próstata.

12. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1887-2017 del 23 de octubre de 2017, mediante el cual PEMEX remitió el diverso SRLSP-GRL-1483-2017 del día 19 del mismo mes y año.

13. Opinión Médica del 30 de mayo de 2018 de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que *“la atención médica que se le brindó a [V] por parte de [M1] en el [Hospital Subrogado], no fue la adecuada para su padecimiento”*.

14. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-2258-2018 del 19 de diciembre de 2018, mediante el cual PEMEX proporcionó diversa información, de la que destaca el Contrato Abierto de Servicios celebrado entre PEMEX y el Proveedor de seguros de salud para la prestación del servicio médico subrogado, a través de su red médica.

15. Ampliación de la Opinión Médica del 23 de abril de 2019 de la Comisión Nacional, en cuyas conclusiones se señala: *“1...las enfermedades crónicas degenerativas, como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ocasionan alteraciones metabólicas, que a la larga pueden afectar un órgano, en este caso el corazón... 3. ...la ausencia de la aplicación de insulina, pudo elevar los niveles de glucosa en sangre, y coadyuvar, a su padecimiento que lo llevó a la muerte...5. se le debió realizar un electrocardiograma y enzimas cardiacas, con lo cual era suficiente para descartar o confirmar el infarto agudo al miocardio, y así poder haber (sic) un diagnóstico correcto, y por ende un tratamiento acorde a dicho padecimiento. 7. Sí existió una atención médica deficiente, por ende, un diagnóstico erróneo, lo que conllevó a un tratamiento mal prescrito, lo que derivó en la muerte de [V]”*.

16. Acta circunstanciada del 4 de febrero de 2020, de la Comisión Nacional, donde se hizo constar la consulta del documento *“Procedimientos Médico Administrativo de los Servicios Médicos Subrogados”*, elaborado por la Coordinación Nacional de Servicios Médicos Subrogados de PEMEX.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 13 de julio de 2017 F1 presentó queja ante este Organismo Nacional con motivo de la indebida atención médica proporcionada a V en el Hospital Subrogado, por ser usuario de los servicios subrogados de salud de PEMEX.

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia ni noticia alguna de que se hubiese iniciado procedimiento administrativo, queja médica, averiguación previa o carpeta de investigación relacionada con los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES.

19. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/2/2017/5906/Q en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos suficientes que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de V, por actos y omisiones atribuibles a personas servidoras públicas de PEMEX, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. Consideraciones respecto a las personas en una situación de vulnerabilidad.

20. La Organización de las Naciones Unidas define la vulnerabilidad de las personas como el *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”*¹.

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

21. Eventualmente pueden suceder acontecimientos que por su propia naturaleza ponen a las personas en una situación de vulnerabilidad, debido a que les impiden desarrollar sus actividades de manera regular, ejemplo de ello son los problemas de salud y, de manera específica, las enfermedades crónicas, ya que al ser padecimientos de larga duración y progresión lenta, impiden la realización cotidiana de sus actividades con autonomía, fomentan su dependencia a otras personas, afectan su subsistencia básica y su seguridad o estabilidad económica. Las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo, y entre las más comunes se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes².

22. Estas enfermedades crónicas tienen en común que son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad; las personas pueden sentirse relativamente bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas y se han identificado como la causa principal de discapacidad³.

23. En la actualidad, la OMS estima que cada año 41 millones de personas fallecen con motivo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, correspondiente al 71% de la mortalidad mundial. De ellas, el 85% son consideradas muertes "*prematuras*". Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Aunado a ello, se suma el aspecto social, ya que tales padecimientos crónicos pueden llevar a la gente a la pobreza⁴.

² Observatorio de Prácticas innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas complejas. <https://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/> Andalucía, España.

³ Grau Abalo, Jorge A. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN ABORDAJE DESDE LOS FACTORES PSICOSOCIALES. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

⁴ OMS, "Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa", Suiza, OMS, 2006, p. 8.

24. Por todo lo anterior, es evidente que las enfermedades crónicas ubican a las personas que las padecen en una situación de vulnerabilidad respecto del goce de sus derechos humanos, en particular, del derecho a la protección de la salud.

25. Lo anterior, tiene sustento con lo establecido en el artículo 5, fracción VI y 8 de la Ley General de Desarrollo Social, en los cuales se preceptúa que las personas en situación de vulnerabilidad enfrentan situaciones de riesgo que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y por tanto, requieren de la atención, acciones, apoyos e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.

26. De la misma manera, la Ley General de Salud establece, en sus artículos 3, fracción II, y 25, que es materia de salubridad general la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables y que se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos (y personas) en situación de vulnerabilidad.

27. Tan es así, que la regulación médica nacional en materia de atención de enfermedades crónicas es amplia y se encuentra en constante evolución, pues se cuentan con normas oficiales mexicanas⁵, así como Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), en las que se establecen las mejores prácticas para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas.

28. En el caso en particular, se tiene que V además de presentar 3 padecimientos crónicos como es diabetes mellitus tipo 2 de 30 años de evolución, hipertensión arterial y antecedente de cáncer de próstata de 9 años de evolución, era una persona de 70 años de edad; circunstancias que deben tomarse en cuenta al

⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, y NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-048-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata

determinar si su derecho a la protección de la salud fue vulnerado. Lo anterior, debido a que esas situaciones lo ubicaban en una posición de desventaja para hacer frente a complicaciones en materia de salud, por lo que requería asistencia médica pronta, oportuna y de calidad.

B. Sobre el derecho a la protección de la salud.

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

30. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Federal, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

31. A nivel internacional, este derecho se encuentra previsto expresamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

32. En el sistema interamericano, este derecho se encuentra reconocido en el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"; y en el artículo 26 de la Convención Americana en relación con el numeral 29.d, del mismo instrumento.

33. El derecho a la protección de la salud debe entenderse como un conjunto de libertades y derechos que permiten a la persona contar con las condiciones óptimas y necesarias para reponerse de alguna enfermedad o padecimiento. Entre las libertades figura la facultad de las personas de controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, así como la prerrogativa a no padecer injerencias y a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos

no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud⁶, acceso a una alimentación y nutrición, a un medio ambiente sano, al agua limpia potable, al saneamiento o condiciones de trabajo seguras y sanas.

34. Esto significa que el Estado, por sí mismo, no puede garantizar la buena salud a todas las personas, ya que existen factores genéticos, propensiones y estilos de vida que inciden en la salud de las personas, pero sí contempla el acceso y disfrute integral de bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud de acuerdo con todos esos factores personales y determinantes de la salud.

35. La Observación General 14 de la ONU precisa que el derecho a la salud debe abarcar los siguientes elementos: a) disponibilidad, significa que los Estados parte deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud, en las condiciones adecuadas, personal médico, profesionales capacitados y medicamentos esenciales; b) accesibilidad, quiere decir que deben estar a disposición de todos, sin discriminación y en 4 vertientes: i) no discriminación, ii) accesibilidad física (a una distancia geográfica razonable y acceso adecuado para personas con discapacidades), iii) accesibilidad económica, esto es, que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance de todas las personas, incluyendo las personas en situación de vulnerabilidad, y, iv) acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con su salud, protegiéndose sus datos confidenciales; c) aceptabilidad, significa que los bienes, servicios y establecimientos deben respetar la cultura e ideología de las personas; y, d) calidad, significa que además de ser culturalmente aceptables, deben ser apropiados desde

⁶ Observación General 14 Comité DESC "El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud", E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, p. 8.

el punto de vista científico y médico, por lo que deben contar con personal capacitado, medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado, con condiciones sanitarias adecuadas.

36. En este sentido, la SCJN en tesis de jurisprudencia sobre el derecho a la salud y su protección, expuso que entre los elementos que lo comprenden se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*, y para garantizar el derecho a la protección de la salud, es menester que proporcionen con calidad esos servicios, *“lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*⁷.

37. La Ley General de Salud, en su artículo 2o., prevé las siguientes finalidades del derecho a la protección de la salud: el bienestar físico y mental de las personas para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el reconocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

38. De manera complementaria, en el artículo 27 de la Ley General de Salud se prevén, como servicios básicos, los siguientes: la educación para la salud; la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias

⁷ Tesis SCJN 167530 derecho a la salud, su protección en el artículo 271 segundo párrafo de la Ley General de Salud.

del ambiente; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la protección de la salud, la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables.

39. En la Recomendación General N° 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, esta Comisión Nacional señala que el derecho a la protección de la salud *“sólo se puede alcanzar por medio del cumplimiento puntual de las obligaciones básicas del Estado mexicano, orientadas al respeto que se le exige de abstenerse de intervenir, directa o indirectamente, en el disfrute del derecho a la salud; al deber que tienen las instituciones públicas de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la protección de la salud, y el deber jurídico de las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud de adoptar las medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad a este derecho”*⁸.

40. Así, como parte de estas medidas, destaca la importancia de la observancia y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas relativas a la prestación de los servicios en materia de salud, en cuyo contenido se establecen criterios mínimos y fundamentales elaborados desde tres enfoques de atención: a) carácter preventivo; b) en materia de prestación de servicios médicos; c) trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (de carácter técnico-administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativas) y de carácter técnico-clínico (equipamiento).

⁸ CNDH. Recomendación General N°. 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, p. 7.

41. Sobre la prestación de servicios en materia de salud, la Comisión Nacional puntualizó en la Recomendación General N° 15, 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”*.

42. En el presente caso, V era una persona jubilada, con derechohabencia a los servicios médicos de PEMEX, cuyo hospital de adscripción se encontraba en la ciudad de Salina Cruz, en el estado de Oaxaca, pero por razones personales se encontraba residiendo de manera temporal en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, motivo por el cual acudió a los servicios subrogados de salud de PEMEX en esta última localidad.

43. De acuerdo con la cláusula 89 del Contrato Colectivo de Trabajo, PEMEX está obligada a proporcionar atención médica integral, oportuna, eficiente y humanitaria, a fin de lograr la recuperación del enfermo, así como a proporcionar el servicio médico integral oportuno *“(con) las dependencias de que disponga directamente como regla general y optará por los servicios subrogados cuando las necesidades técnico-asistenciales así lo justifiquen, informando oportunamente al sindicato por escrito de la designación de tales servicios”*; mismas dependencias o establecimientos que se encuentran detallados en la cláusula 92. De la lectura armónica de las cláusulas 93, 97 y 107 del referido Contrato Colectivo de Trabajo, se desprende que cuando los trabajadores, jubilados o sus derechohabientes se encuentren fuera del lugar de trabajo o de residencia y sufran un accidente, enfermedad o se les agudice un padecimiento ya existente, PEMEX está obligado

a suministrar el servicio médico de manera directa o a través de servicios subrogados⁹.

44. Ahora bien, para la prestación de los servicios subrogados de salud, PEMEX suscribió el 12 de enero de 2017 un contrato de servicios con un proveedor, cuyo objeto es *“la ejecución de los servicios consistentes en la Administración y servicio integral de hospitalización subrogada para proporcionar atención médica integral a trabajadores, jubilados y derechohabientes de PEMEX, para otorgarse en 89 localidades adscritas a la Coordinación Nacional de Servicios Médicos Subrogados”*. En virtud de este contrato, se proporcionaron los servicios médicos subrogados a través de una red médica de hospitales en las localidades designadas por PEMEX. Dentro de estos nosocomios se encontraba el Hospital Subrogado en el que se atendió a V.

45. Para la Comisión Nacional no pasa desapercibido que los actos del personal de salud que labora en el Hospital Subrogado resultan ser actos de particulares, sin embargo, también es cierto que estos actos tienen su origen en la seguridad social a cargo de PEMEX, que también la proporciona a través de la subrogación de sus obligaciones y servicios, a favor y en beneficio de sus trabajadores en activo y jubilados, así como de sus familiares, en atención a lo cual se surte la competencia de la Comisión Nacional para investigar presuntas violaciones a derechos humanos, en términos de lo previsto en el artículo 6, fracción II, incisos a) y b), de la Ley que la rige, principalmente en aquellos casos en que las conductas de particulares afectan la integridad física de las personas, por lo que a continuación se analizarán las acciones y omisiones, por parte del personal médico del Hospital Subrogado que atendió a V y de las personas servidoras públicas de PEMEX, que posibilitaron que los hechos referidos ocurrieran y determinar si éstas adoptaron las medidas de asistencia, apoyo, restitución de derechos y/o administración de justicia necesarias.

⁹ La subrogación de los servicios de salud se encuentra prevista en los artículos 8 y 41 de la Ley General de Salud.

46. Así, se tiene que el 2 de mayo de 2017, aproximadamente a las 21:00 horas, V, F1 y F2 acudieron al área de Urgencias del Hospital Subrogado, donde fueron atendidos por M1. De acuerdo con la nota de ingreso a Urgencias, pasó a consulta a las 22:45 horas y presentó una tensión arterial de 100/80, glucosa capilar 160, asimismo M1 asentó síntomas de sudoración profusa y náuseas, con padecimientos previos de hipertensión arterial, diabetes y como diagnóstico se señaló hipotensión ortostática, diabetes mellitus en tratamiento, hipertensión arterial sistémica en tratamiento y estreñimiento crónico.

47. PEMEX, al dar respuesta a la Comisión Nacional informó que V, de 70 años de edad, contaba con el antecedente de ser *“portador de diabetes mellitus e hipertensión arterial de larga data, dislipidemia, fibrosis pulmonar, carcinoma de próstata, obesidad grado II, neumopatía del obeso, apnea del sueño, bajo manejo en su unidad de adscripción Hospital General de Salina Cruz, con mal apego al tratamiento médico como factor de mal pronóstico, de acuerdo a lo plasmado en notas de Cardiología de su unidad de adscripción. Acudió al servicio de Urgencias en la localidad subrogada... por cursar con estado nauseoso y diaforesis profusa, durante su evaluación se documentó discreta disminución de sus cifras tensionales... la impresión diagnóstica en esa valoración fue de hipotensión ortostática, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, así como estreñimiento crónico... **No le fueron realizados estudios de laboratorio o gabinete que sustenten que [V] no ameritase hospitalización...**”.*

48. Por su parte, ante el cuestionamiento de la Comisión Nacional en relación al motivo por el cual el personal médico del Hospital Subrogado no hospitalizó a V y qué estudios le realizaron para sustentar o acreditar que no ameritaba hospitalización, el Representante Legal de ese nosocomio señaló que *“los documentos que obran en el expediente o recetas de este [Hospital Subrogado], no informan el motivo”.*

49. En efecto, de las constancias que acreditan la atención brindada a V en el Hospital Subrogado, únicamente se asentó, como motivo de ingreso, que V presentó “*sudoración profusa, así como náuseas*”; se le diagnosticó hipotensión ortostática y como plan de estudios y/o tratamiento, que “*se otorga receta por metoclopramida tabletas, psillium plantago*”, mientras que en la hoja de enfermería se documentó la aplicación de una ampolla de metoclopramida vía intravenosa a las 23:10 horas.

50. De acuerdo con la opinión médica de la Comisión Nacional del 30 de mayo de 2018, se advierte que M1 “*subestimó el cuadro clínico del paciente, al no realizarle estudios complementarios, entre ellos, un electrocardiograma, el cual pudo haber indicado si la sintomatología atípica presentada por V se trataba de un infarto agudo al miocardio en evolución. Al no realizarlo, el diagnóstico y, por ende, el tratamiento, no fueron acorde a su padecimiento, continuando con la sintomatología y empeorando días (sic) con día, siendo hasta el 6 de mayo de 2017, que es llevado nuevamente por sus familiares al [Hospital Subrogado]*”. También se apunta, respecto de la “*insuficiencia renal crónica de un mes de evolución*”, que se trató de una insuficiencia renal aguda¹⁰; que “*el médico tratante [M1] no prestó la debida atención a la sintomatología presentada por [V], por ende, no le realizó estudios básicos como una biometría hemática, una química sanguínea, un electrocardiograma e incluso para realizar un diagnóstico para descartar otras patologías, se le pudieron haber realizado enzimas cardíacas, lo que hubiera puesto al descubierto la insuficiencia renal aguda y descartar o confirmar un infarto agudo al miocardio, lo que muy probablemente condujo al deceso de [V]*”. En este sentido, concluyó que “*la atención médica que se le brindó a [V], adscrito (sic) al [Hospital Subrogado], no fue la adecuada para su padecimiento*”.

¹⁰ La diferencia entre la clasificación de un padecimiento como agudo y crónico radica en el periodo durante el cual se presenta el padecimiento, así se considera agudo cuando tiene una duración menor a tres meses y crónico cuando su duración excede de los 3 meses.

51. De lo anteriormente expuesto, se colige que M1 estaba enterado de los padecimientos de V, ya que éstos se encontraban asentados en la nota médica que elaboró y debido a los conocimientos que lo facultan para ejercer su profesión, tenía que saber que la hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, obesidad e incluso edad y sexo de V, debían ser considerados factores de riesgo de padecer un infarto. Aunado a ello, en la consulta se le refirió la sudoración profusa, náuseas de V y advirtió hipotensión, síntomas que, si bien son atípicos, analizados de manera conjunta con las enfermedades crónicas del mismo paciente, podrían evidenciar un diagnóstico clínico de un infarto al miocardio o debieron analizarse de manera conjunta con estudios de laboratorio y gabinete. No obstante, M1 no consideró necesario realizar ningún estudio que confirmara o descartara esta patología y únicamente le suministró un medicamento a V para controlar las náuseas y el estreñimiento, sin investigar las posibles causas de esos síntomas.

52. Aunado a lo anterior, el día 3 de mayo de 2017, en compañía de F1, V acudió al consultorio de M2, médica general de consulta externa en el Hospital Subrogado. Ambos le comentaron a M2 lo sucedido; que V seguía con el malestar y le solicitaron le realizaran estudios. En esta ocasión la médica prescribe a V cuatro medicamentos, entre ellos los necesarios para controlar sus enfermedades crónicas (metformina e insulina para su padecimiento de diabetes; valsartán e hidroclorotiazida para la hipertensión). Asimismo, ordenó la realización de análisis clínicos consistentes en química clínica, hematología e inmunología manual, los cuales se realizaron a V el día siguiente.

53. El día 4 de mayo acuden nuevamente con M2 con los resultados de los análisis, y acorde con el dicho de F1, le diagnosticó "*fiebre tífus y anemia*" y le prescribió otros cuatro medicamentos. No obstante, al acudir a la farmacia para surtir la totalidad de las recetas, el encargado les informa que no contaban con ellos y les solicitan acudan al día siguiente.

54. Así, el 5 de mayo acudieron nuevamente a la farmacia, donde les indicaron que todavía no contaban con esos medicamentos y les sugirieron preguntar su existencia por vía telefónica al día siguiente. Sin embargo, en la madrugada del día 6 de mayo, V acudió al Hospital Subrogado al área de Urgencias, donde a las 03:30 horas fue interrogado por el médico de guardia, quien observó que V presentaba dificultad para hablar y para respirar; F1 y F2 salieron del consultorio y minutos después el médico les informó que a V le había dado un infarto y solicitó su consentimiento para realizarle maniobras de resucitación; no obstante, a las 04:45 horas se registró su fallecimiento.

55. De la narración anterior se advierten, al menos, 3 momentos en los que el derecho a la protección de la salud de V fue vulnerado en el Hospital Subrogado:

- a) El día 2 de mayo de 2017, cuando acudió por primera vez a consulta al área de Urgencias del Hospital Subrogado y M1 no le realizó estudios de laboratorio o gabinete que sustentaran que V no ameritase hospitalización.
- b) El día 3 de mayo de 2017, cuando V acudió al área de Medicina General del Hospital Subrogado con F1 y le comentaron a M2 lo sucedido, ambos solicitan a M2 la realización de estudios a V y aunque recetó distintos medicamentos y ordenó estudios de laboratorio, M2 tampoco sugirió la realización de un electrocardiograma o enzimas cardíacas para descartar un posible infarto.
- c) Los días 4 y 5 de mayo de 2017, cuando acudieron a surtir los medicamentos de V, y éstos no le fueron proporcionados.

56. Por cuanto hace a la falta de disponibilidad de los medicamentos, debe señalarse que como bien se sabe, el acceso a los medicamentos esenciales para el control de los padecimientos forma parte integrante del derecho a la protección de la salud. Al respecto, la obligación del Estado en cuanto a la prestación de los servicios médicos integral y subrogado implica que los medicamentos prescritos

sean otorgados sin discriminación para todas las personas en general y, más en particular, a los grupos vulnerables.

57. Los artículos 27, fracción VIII, y 28, de la Ley General de Salud, consideran como servicios básicos de salud los referentes a la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; que estos medicamentos esenciales se enlistarán en un catálogo nacional denominado Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, al cual se ajustarán todas las instituciones que presten servicios de salud, y en el cual se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Este catálogo es elaborado, actualizado, publicado y difundido por el Consejo de Salubridad General, el cual se integra por representantes de la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y el propio PEMEX.

58. La SCJN, respecto del suministro de medicamentos, ha expuesto que: *“esta obligación no conlleva que cualquier medicamento que se solicite deba ser suministrado, sino que una vez que se decide que un medicamento es parte del cuadro básico, el Estado no puede negar de manera regresiva estos medicamentos a quien los requiera ni otorgarlos de forma discriminatoria...”*¹¹. Cabe destacar que los medicamentos metformina, insulina, valsartán e hidroclorotiazida que recetaron a V formaban parte del Cuadro Básico de Medicamentos vigente en 2017, época de los hechos.

59. A pesar de ello, no fueron suministrados a V el día en que M2 se los prescribió, y tampoco en los días subsecuentes en que acudió a la farmacia del Hospital Subrogado a surtir sus recetas. Es pertinente señalar que en la cláusula 99 del Contrato Colectivo de Trabajo PEMEX, se obliga a proporcionar los medicamentos

¹¹ Tesis aislada en materia constitucional-administrativa “Derecho a la Salud. En materia de salud mental, el principio de progresividad en el suministro de medicamentos debe garantizarse sin discriminación”. Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2019, registro 2020588.

necesarios, de manera directa o subrogada, las 24 horas de los 365 días del año y que este documento también contempla el reintegro de los gastos médicos erogados por sus trabajadores cuando no obtuvieran la prestación del servicio de salud de manera oportuna.

60. Para la Comisión Nacional no pasa desapercibido que de acuerdo a la nota de ingreso de V a Urgencias el día 2 de mayo de 2017 presentó un nivel de glucosa de 160 mg/dl; el día 4 de mayo su glucosa aumentó a 187 mg/dl y, para el día de su fallecimiento su nivel de glucosa había aumentado a 390 mg/dl.

61. De lo anteriormente relatado, así como del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se acreditó que el personal médico del área de Consulta Externa y de Urgencias del Hospital Subrogado no proporcionaron una atención médica adecuada a V, derivada de su calidad de garantes de la salud, conferidas en los artículos 33, fracción II, y 34, fracción II, de la Ley General de Salud, debido a las siguientes consideraciones:

- 1) La actuación de M1 no fue diligente, ya que no puso en práctica todos sus conocimientos y habilidades para el correcto diagnóstico de V, pues no analizó de manera integral sus síntomas con sus enfermedades crónicas preexistentes y tampoco le realizó los estudios necesarios para identificar las causas de sus malestares y descartar la existencia de un infarto al miocardio.
- 2) Al no tener un diagnóstico adecuado, el tratamiento no fue el apropiado, lo que se traduce en una afectación en la salud de V, que trascendió en su salud, integridad y bienestar personal.
- 3) En cuanto a la falta de disponibilidad de los medicamentos prescritos a V, dado que los mismos forman parte del cuadro básico de medicamentos, la propia normativa institucional contempla diversos mecanismos para el suministro de medicamentos, la supervisión y fiscalización por parte de

AR1, AR2 y AR3 de su existencia, e incluso prevé un procedimiento alternativo para su dotación cuando no son proporcionados (reembolso por la compra).

62. Así, se tiene que a pesar de que los servicios de salud que prestaba de manera indirecta PEMEX se encontraban disponibles para su uso, V no pudo acceder a ellos, no sólo por la ausencia de medicamentos sino también debido a que no fue atendido con la diligencia debida pues no le fueron realizados estudios médicos y, por tanto, fue inadecuadamente diagnosticado y tratado insuficientemente, siendo soslayado por el personal médico de ese nosocomio, quien únicamente le prescribió medicamentos para el estreñimiento, sin averiguar las causas de sus síntomas, motivo por el cual no recibió un diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad, contraviniendo así lo establecido en el artículo 51, primer párrafo, de la Ley General de Salud.

63. En relación con esto último, cobra vigencia al caso lo señalado por la SCJN en la siguiente tesis:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, **ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico.** La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que **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 encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina¹².

64. Por otro lado, si bien es cierto, como lo informó PEMEX, que V tenía un mal apego al tratamiento médico como factor de mal pronóstico, esto es, que no seguía las indicaciones del personal de salud y que el derecho a la protección de la salud no garantiza por sí mismo la curación del enfermo, también lo es que ese derecho debe garantizar el empleo de las técnicas adecuadas y el estado actual de la ciencia para el bienestar y la salud de las personas, que cubre desde las exploraciones necesarias para arribar a un diagnóstico, hasta la prescripción de un tratamiento terapéutico adecuado y, en este sentido, si bien no fue posible acreditar el fallecimiento de V como consecuencia directa de un diagnóstico erróneo o equivocado, sí se ha logrado evidenciar, como actos contrarios al derecho humano a la salud, el nexo causal existente entre la inadecuada atención médica de que fue objeto con el deterioro ocasionado a su salud.

65. Lo anterior, en términos de lo considerado por la SCJN, en cuanto a que: *“la omisión de proporcionar una adecuada atención médica, por ejemplo, al no realizar diversos estudios o procedimientos médicos, clínicos o quirúrgicos, o no suministrar medicamentos, es un acto negativo que compromete los derechos humanos a la salud y a la vida, los cuales el Estado Mexicano está obligado a proteger y garantizar de manera oportuna, eficaz y con calidad, pues en esos términos están tutelados en los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”*¹³.

¹² Semanario Judicial de la Federación, enero de 2013, registro 2002570.

¹³ Semanario Judicial de la Federación, 4 de agosto de 2017, registro 2014844.

66. Ahora bien, respecto del señalamiento de F3, en el sentido de que el personal del Hospital Subrogado al momento de trasladar el cuerpo de V hacia la funeraria, les pidió realizaran un depósito en dinero por las sábanas del hospital, la Comisión Nacional advierte que el trato proporcionado careció de la calidad necesaria en la prestación de los servicios de salud y, por tanto, se trató de una atención deshumanizada, que además hace evidente la ausencia de coordinación entre el Hospital Subrogado y AR1, pues no era el momento oportuno para hacer ese tipo de solicitud, aunado a que el Hospital Subrogado tiene los datos de identificación de V, como es la ficha de trabajador, por lo que era posible que en caso de que no se realizara la devolución de las sábanas, el hospital podía proporcionar ese dato a través de AR1 a PEMEX, a fin de que pudiera realizar el cobro del importe de las sábanas o solicitar su devolución a los deudos de V.

C. Responsabilidad bajo un enfoque de empresas y derechos humanos.

67. El artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Federal, establece que todas las autoridades tienen el deber, en el ámbito de su competencia, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, lo cual comprende todas las funciones y actos, tanto en su relación con otras autoridades de cualquier nivel de gobierno y de los poderes del Estado, como en las relaciones con particulares, entre ellas, las personas jurídicas colectivas (también denominadas personas morales) y las empresas que desarrollan sus actividades en su territorio. En este apartado se analizará el deber de proteger contra transgresiones de derechos humanos realizadas por terceros.

68. Para cumplir estas obligaciones respecto de actos realizados por las empresas, el Estado requiere la armonización legislativa a los estándares internacionales en la materia. Aunque nuestro país no cuenta con una ley específica que regule su actuación y su impacto en materia de derechos humanos, existen 162 leyes nacionales cuyo contenido regula su actividad en diversos ámbitos, materias y

sectores en que se desarrollan¹⁴. De igual manera, para materializar esta responsabilidad de las empresas, destaca la adopción de políticas públicas, como es el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en el que se diagnosticó que *"[a] pesar de los esfuerzos realizados por las instancias competentes en el tema, no se ha logrado revertir el número de violaciones que persisten en muchos ámbitos de los derechos humanos. Por ello, uno de los objetivos prioritarios del gobierno es lograr una política de Estado en la materia, que garantice que todas las autoridades asuman el respeto y garantía de los derechos humanos como una práctica cotidiana"*. Para atender esta problemática, se consideró necesario instrumentar una política de Estado en Derechos Humanos.

69. Con este objetivo se desarrolló el Programa Nacional de Derechos Humanos para el periodo 2014-2018, instrumento rector y transversal que proporciona herramientas estructurales para facilitar la aplicación de programas específicos de política de Derechos Humanos dentro de la Administración Pública Federal, con la colaboración de los otros poderes, órganos autónomos, estados, municipios y sociedad civil. Este Programa contempla como parte del Objetivo 4 *"Fortalecer la protección de los derechos humanos"*, que *"en la protección de los derechos humanos no se puede soslayar la necesidad de normar y regular las acciones de particulares. Por ello [...] se contempla la promoción y fomento de acciones que propicien en las empresas o instituciones privadas, el respeto a los derechos humanos"*. Así, la estrategia 4.4 buscaba promover el enfoque de derechos humanos y género en el sector privado, así como en las políticas y actividades empresariales.

70. En este Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018 se alinearon las metas nacionales y los Programas Sectoriales, destacando lo relativo al Programa

¹⁴ La información se desarrolla en los párrafos 222 a 227 de la Recomendación General No. 37 emitida por la Comisión Nacional el 21 de mayo de 2019 y consultable en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_037.pdf. En materia del sector privado de salud, resultan aplicables la Ley General de Salud, el Código Civil Federal, la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Sectorial del Salud, en cuyo objetivo de la Meta Nacional se señala con el numeral 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud y del Programa Sectorial de Salud “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad y promover un México con responsabilidad global en salud”.

71. De manera complementaria, se elaboró el “*Programa Nacional de Empresa y Derechos Humanos*” 2014-2018; con la finalidad de fortalecer mecanismos dirigidos a garantizar el respeto a los derechos humanos en las empresas, impulsar el enfoque de derechos humanos en la responsabilidad social empresarial, promover que la legislación las regula garantice el respeto a los derechos humanos y coadyuvar a que conozcan sus obligaciones en materia de derechos humanos respecto a sus trabajadores y usuarios. En la elaboración de este Programa, participaron la Secretaría de Gobernación junto con la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Economía e instalaron un grupo de trabajo multisectorial conformado por entidades gubernamentales, incluyendo a PEMEX, asociaciones empresariales como el Consejo Coordinador Empresarial, sindicatos de trabajadores y la academia.

72. Por cuanto hace a las actividades de la Comisión Nacional, como parte de su obligación de promover e impulsar la observancia de los derechos humanos, el 21 de mayo de 2019 emitió la Recomendación General No. 37, en la que se establecieron parámetros de respeto y observancia de los derechos humanos en las actividades de las empresas en México y propuestas de políticas públicas dirigidas a las autoridades con la finalidad de alinear y equilibrar la relación Estado-Derechos Humanos-Empresa. Para dar una máxima difusión a esta Recomendación, la Comisión Nacional dirigió un punto recomendatorio a la Secretaría de Economía para que enviara ese pronunciamiento a todas las cámaras y confederaciones registradas ante esa dependencia, para que éstas a su vez la hicieran del conocimiento de sus afiliados o cámaras, incluyendo aquellas pertenecientes al sector salud y de esta manera hacer de su conocimiento su rol de

responsabilidad en la cultura de respeto a los derechos humanos y exponer algunas situaciones de riesgo que pueden impactar en los derechos humanos de las personas¹⁵.

73. Por lo anterior, para la Comisión Nacional resulta necesario hacer patente aquéllos casos en que los actos de las empresas impactan negativamente los derechos de las personas. De los hechos acreditados en la presente Recomendación se observa claramente que las prácticas del Hospital Subrogado tuvieron repercusiones negativas en la esfera de derechos de V.

74. Como ya se señaló en párrafos anteriores y desde el punto de los derechos humanos, la Comisión Nacional acreditó que el personal médico del área de consulta externa y de urgencias del Hospital Subrogado no proporcionaron una atención médica adecuada a V, derivada de su calidad de garantes de la salud, conferidas en los artículos 33, fracción II, y 34, fracción II, de la Ley General de Salud, debido a las siguientes consideraciones:

74.1. La actuación de M1, médico del área de Urgencias del Hospital Subrogado con quien acudió V el día 2 de mayo de 2017 no fue diligente, ya que no puso en práctica todos sus conocimientos y habilidades para su correcto diagnóstico, pues no analizó de manera integral sus síntomas con sus enfermedades crónicas preexistentes y tampoco le realizó los estudios necesarios para identificar las causas de sus malestares y descartar la existencia de un infarto al miocardio. Al no tener un diagnóstico adecuado, el tratamiento no fue el apropiado, lo que se traduce en una afectación a V, que trascendió en su salud, integridad y bienestar personal.

74.2. La actuación de M2, médica del área de Medicina General del Hospital Subrogado que atendió a V el 3 de mayo de 2017, quien conoció de los hechos por V y que a pesar de que recetó distintos medicamentos y ordenó estudios de

¹⁵ También se publicó en el Diario Oficial de la Federación del 1 de julio de 2019.

laboratorio, tampoco sugirió la realización de un electrocardiograma o enzimas cardíacas para descartar un posible infarto.

74.3. Los días 4 y 5 de mayo de 2017, cuando acudieron a surtir los medicamentos prescritos por M2 a la farmacia del Hospital Subrogado y no fueron proporcionados. Respecto a la falta de disponibilidad de los medicamentos prescritos a V, cabe destacar que los mismos formaban parte del cuadro básico de medicamentos y acorde con el contrato de servicios de salud y la propia normativa de PEMEX, debían estar disponibles y en caso contrario, se contemplaban diversos mecanismos para asentar irregularidades en su suministro, como es marcar las recetas con una leyenda de inexistencia y su canje por una nueva receta e incluso la entrega de un vale por parte del Hospital Subrogado para su canje en otra farmacia. Por cuanto hace a PEMEX, contemplaba actividades para la supervisión y fiscalización por parte de AR1, AR2 y AR3 de la existencia de medicamentos en el Hospital Subrogado, imposición de penalizaciones e incluso el Contrato Colectivo de Trabajo establecía otro procedimiento alterno para la dotación de medicamentos cuando éstos no son proporcionados (reembolso de PEMEX por la compra).

75. Así, desde el enfoque en derechos humanos se advierte una responsabilidad social por parte del Hospital Subrogado (que proporcionaba los servicios médicos subrogados) y del proveedor de seguros de salud (que tenía la relación contractual con PEMEX) y el deber de PEMEX, de garantizar el ejercicio de sus derechos a sus derechohabientes, así como la responsabilidad de protegerlos contra los impactos negativos generados por la actividad de sus proveedores con los que mantenía un vínculo jurídico, dada su naturaleza de empresa productiva del Estado de propiedad exclusiva del Gobierno Federal, en términos de lo establecido en el artículo 2 de la Ley de PEMEX.

76. Sobre este vínculo jurídico, en el párrafo 286 de la Recomendación General No. 37 se precisó que: “...cuando una empresa que mantiene un vínculo o relación

jurídica con el Estado vulnera derechos humanos, la responsabilidad puede ser reprochable al Estado cuando se trata de servicios que originalmente corresponde prestar al propio Estado, quien las concede a la empresa para que ésta las preste a la población, pues el Estado no puede delegar su responsabilidad original de que el servicio público se preste acorde a los estándares de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad...”.

77. En el presente caso, PEMEX, tiene responsabilidad por la inadecuada supervisión y fiscalización en la prestación subrogada del servicio de salud a V1, puesto que cuando el proveedor suministra un servicio deficiente, trae consecuencias directas para PEMEX por su obligación de que ese servicio se proporcionara cumpliendo con los estándares mínimos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

78. Por tanto, PEMEX debió realizar acciones específicas para asegurarse que las empresas con las que contrataba servicios médicos subrogados respetaran derechos humanos. Esto es posible, debido a que contaba con facultades contractuales para vigilar y supervisar las actuaciones de esos proveedores de servicios, y en caso de que incurrieran en alguna probable responsabilidad o irregularidad, debía realizar la investigación correspondiente y de ser el caso, sancionarla y asegurarse que colabore con los mecanismos de reparación, sean jurisdiccionales o no jurisdiccionales. En el caso de empresas que tienen un vínculo con el Estado, debido a que participan en una contratación pública de bienes o servicios, una de las fórmulas es el establecimiento de cláusulas obligacionales o de compromiso, colaboración con mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos y procedimientos administrativos de investigación y sanción a proveedores y contratistas, con base en los siguientes razonamientos: 1) PEMEX es el que establece las condiciones para llevar a cabo las contrataciones públicas; 2) PEMEX conserva las facultades de supervisión y fiscalización a los proveedores

o contratistas con los que mantiene vínculos jurídicos; y, 3) Si éstos no cumplen con las leyes o los términos contractuales, PEMEX puede terminar el vínculo jurídico.

79. Esta cláusula obligacional¹⁶ contempla el deber de:

“1) Respetar derechos humanos en todas las actividades derivadas del contrato público que tengan impacto en el entorno físico y social.

2) Coadyuvar con las investigaciones derivadas de violación a derechos humanos, entre ellas, las que están a cargo de las instituciones de derechos humanos, lo que implicaría atender, en sus términos y sin argucias, todos los requerimientos de información de la Comisión Nacional y, que de no hacerlo, se generen responsabilidades para sus representantes legales, administradores y, en su caso, a socios controladores de las empresas.

3) Incluir fórmulas de sanción o, en determinados casos y bajo ciertas condiciones, la terminación o rescisión del instrumento jurídico si las empresas vulneran los derechos humanos.

4) Incluir el orden de prelación para exigir la responsabilidad en derechos humanos: a) la empresa, b) los representantes legales, c) los administradores y d) los socios controladores.”

80. Por cuanto hace a la responsabilidad social empresarial de respetar los derechos humanos, en los Principios de la ONU se establecen cuatro elementos que deben satisfacerse para respetar derechos humanos: a) cumplir con todas las obligaciones en todas las materias que les impone la ley y evaluar periódicamente su cumplimiento; b) asumir un compromiso corporativo de respetar derechos humanos, c) contar con un proceso de debida diligencia en materia de derechos

¹⁶ La cláusula obligacional se desarrolla en el párrafo 291 de la Recomendación General 37 de la Comisión Nacional.

humanos y d) establecer en procesos de reparación de violaciones a derechos humanos.

81. Estos elementos no deben considerarse solamente como deberes contractualmente exigibles en el marco de contrataciones públicas; sino que deben asumirse como un compromiso real con los derechos humanos que también involucra a otras empresas o personas físicas que intervienen en el proceso de producción del bien o la prestación de un servicio. Ello genera una imagen o percepción de valor agregado al producto o servicio que ofrece al Estado como al usuario final o público consumidor. Lo que implica la supervisión y vigilancia de sus actividades, así como de terceros con los cuales contrata, participan o intervienen en el proceso de producción de un bien o prestación de un servicio. En este sentido y bajo un enfoque en derechos humanos la empresa que mantiene el vínculo jurídico con el estado debe desvirtuar la vulneración a derechos humanos y en caso contrario, asume la responsabilidad por las violaciones a derechos humanos que se acrediten (con independencia que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar que los bienes o servicios contratados cumplan con los estándares de calidad) ¹⁷.

82. En el presente caso, de la información proporcionada por el Hospital Subrogado y entregada por PEMEX a la Comisión Nacional se observó que ni el Hospital Subrogado ni el proveedor de los seguros de salud, contaron con estándares mínimos de respeto a los derechos humanos, pues una vez que tuvieron conocimiento de los hechos, no se advierte que hayan iniciado una investigación para determinar si la atención fue correcta o si los médicos tratantes o el personal de farmacia incumplieron con alguna normatividad interna; únicamente se limitaron a señalar que *“los médicos que atendieron [a V] en el área de Urgencias ya no se encuentran laborando en este Centro Médico”*.

¹⁷ Esto es lo que la Recomendación General 37 párrafo 13 refiere como *“cadena de valor de derechos humanos”*.

83. La Comisión Nacional considera que la presente Recomendación es una oportunidad para que el Hospital Subrogado y el proveedor de los servicios de salud pongan en práctica los Principios de la ONU, conozcan su rol de responsabilidad en el respeto a los derechos humanos de las personas y asuman un compromiso corporativo que incluya un proceso de debida diligencia y mecanismos de investigación y reparación por violaciones a derechos humanos y también representan una oportunidad para que PEMEX modifique los términos de contratación con sus proveedores de servicios del sector salud, a fin de que pueda exigirles el cumplimiento de requisitos específicos que materialicen los estándares de respeto a los derechos humanos a través de mecanismos adecuados de supervisión y fiscalización, así como la inclusión de cláusulas de compromiso y de respeto a los derechos humanos en las contrataciones que realice en la materia, a fin de evitar que estos hechos se repitan.

D. Responsabilidad institucional

84. Con base en lo anterior, se acreditó una responsabilidad institucional por parte de PEMEX, ya que, si bien no proporcionó de manera directa la atención médica a V, sino que la misma fue otorgada a través de servicios subrogados, fue PEMEX quien llevó a cabo la contratación del proveedor de seguros de salud y era responsable de supervisar y vigilar los servicios de salud que proporcionaba de manera indirecta, como se analizará a continuación.

85. Las cláusulas 93 y 107 del Contrato Colectivo de Trabajo establecen la obligación a cargo de PEMEX de proporcionar servicio médico a sus trabajadores, jubilados y familiares. De acuerdo con la cláusula 95, PEMEX se comprometió contractualmente a investigar y corregir cualquier falla o deficiencia respecto de los servicios médicos que proporcione, de manera directa o indirecta, creándose así una obligación de vigilancia, supervisión y fiscalización para garantizar que los servicios de salud sean accesibles, disponibles, de calidad, oportunos y suficientes.

86. Tan es así que, al celebrar el contrato de servicios de salud con el proveedor de seguros de salud, en la cláusula 17 se estableció que PEMEX, directamente o a través del personal indicado en el Anexo A, realizaría supervisión de los servicios objeto del contrato, y revisaría en todo tiempo que los mismos fueran realizados en la forma convenida; esta supervisión también comprende la evaluación clínica, diagnóstica y terapéutica, pues en el Anexo B-1 “Especificaciones técnicas y condiciones del servicio” del referido contrato de servicios de salud se establece que los expedientes clínicos elaborados con motivo de la atención médica subrogada “serán propiedad de [PEMEX]. La institución se reserva el derecho de revisar estas notas médicas y los expedientes clínicos todas las veces que crea conveniente”, sin establecer una temporalidad para ello. Respecto al control y surtimiento de medicamentos, el Anexo IV correspondiente señala que el Supervisor Médico Sectorial (AR1) debía “a) Supervisar que las farmacias subrogadas... ..entreguen con oportunidad los medicamentos de los derechohabientes... ..b) realizar estudios de sombra donde se verifique que se entreguen los medicamentos a derechohabientes”.

87. Por su parte, los procedimientos de los servicios subrogados, elaborado por PEMEX, establece la realización de un “Programa Anual de supervisión de los servicios médicos subrogados”. En estos procedimientos se detallan las responsabilidades del personal de PEMEX, de la siguiente manera:

Persona Servidora Pública de PEMEX	Cargo	Obligación
AR3	Coordinador Médico de Zona	<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades de supervisión, evaluación y control en la prestación de los servicios médicos subrogados. Coordinar y supervisar la correcta aplicación de la normatividad existente relativa a las actividades de los servicios de atención médica subrogada. Atender y dar respuesta a las quejas que se presenten por

		<p>cualquier vía, relativas a la atención médica subrogada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la calidad de la atención otorgada y la satisfacción del usuario aplicando medidas correctivas y de mejora con base en los resultados.
AR2	Supervisor Médico de Zona	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y establecer controles para evaluar a los prestadores de servicio subrogado en la localidad. • Evaluar periódicamente la congruencia clínico-diagnóstica y terapéutica en los tratamientos instituidos por los servicios médicos asistenciales contratados en su área de competencia. • Atender las quejas que se presenten en el ámbito de su Coordinación Médica.
AR1	Supervisor Médico Sectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Estar en contacto directo con los prestadores de servicio y proveedores de su área de influencia, mediante programa de visitas periódicas, a efecto de supervisar su actuación en términos de lo contratado, elaborando constancia de la visita realizada. • Supervisa[r] y controla[r] la prescripción de medicamentos, vigilando la correlación clínico terapéutica que fundamenta dicha acción. • A[tender]y res[olver] en forma oportuna las quejas e inconformidades presentadas en el área de su competencia,

		implementando las medidas pertinentes, [e] informando a la Coordinación médica de Zona.
--	--	---

88. De lo anterior se desprende que AR1 era el responsable de realizar la supervisión de los servicios médicos subrogados en la zona de su competencia, esto es, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Por cuanto hace a la temporalidad de la supervisión de estos servicios médicos, los Procedimientos de los servicios subrogados señalan que la supervisión puede ser programada o extraordinaria, en este último caso, debe ser autorizada por la Gerencia de Servicios Médicos, la Coordinación Nacional de Servicios Médicos Subrogados y/o la Coordinación de Zona [AR3].

89. En este sentido, a través del diverso oficio SRLSP-GRL-1483-2017, PEMEX informó a la Comisión Nacional que: *“de acuerdo con lo que establece el propio Pacto Laboral, la obligación del patrón es proporcionar atención médica integral oportuna, eficiente y humanitaria, con todos los elementos médico-quirúrgicos y terapéuticos que la ciencia indique, agotando todos los recursos de que disponga el medio científico... ..esta obligación se proporciona empleando personal técnico competente, instalaciones, equipo y recursos terapéuticos de la mejor calidad en las dependencias de que disponga directamente como regla general y optará por los servicios subrogados cuando las necesidades técnico asistenciales así lo justifiquen...”*. Este señalamiento hace patente que la obligación de prestación del servicio médico recae en Pemex de manera principal, y aunque de hecho hay una sustitución en cuanto a la institución que brinda el servicio médico, jurídica y legalmente la obligación se mantiene a cargo de PEMEX.

90. Ello, no obstante que en la cláusula 9 del Contrato de servicios de salud, denominada *“responsabilidad del proveedor”* se determina que éste será el único responsable de la ejecución de los servicios amparados en este contrato, sin

embargo, en el Anexo “A” del Contrato de servicios de salud, relacionado con el objeto y/o finalidad del mismo, se establece: *“con el fin de que Pemex reciba los servicios aquí descritos, se requiere un alto nivel de comunicación y coordinación entre PEMEX y el proveedor”*, y se precisan las actividades a realizar, entre las cuales destacan las siguientes:

- *“Los Coordinadores Médicos de Zona, Supervisores Médicos de Zona y Sectoriales de Petróleos Mexicanos realizan una labor en conjunto con los coordinadores médicos del proveedor con la finalidad de brindar una atención de calidad a los derechohabientes de PEMEX”*
- *“Los coordinadores médicos del proveedor, tendrán como funciones principales: gestionar adecuadamente los servicios de salud descritos en el Anexo B-1 a los derechohabientes de PEMEX dentro de la red médica a establecer”*
- *“Será responsabilidad del proveedor, a través de su supervisor hospitalario, vigilar el correcto funcionamiento de los servicios intrahospitalarios... ..comprometiéndose a realizar las acciones preventivas y correctivas pertinentes”*
- *“El coordinador Médico y/o el supervisor médico de PEMEX podrá realizar en cualquier momento visitas de supervisión a los derechohabientes de PEMEX y podrán proponer mejoras en la atención hospitalaria”.*

91. Lo anterior lleva a la Comisión Nacional a determinar que la responsabilidad del proveedor, respecto de la ejecución y prestación del servicio, no exime a PEMEX de su obligación de vigilar y garantizar la prestación del servicio médico en condiciones de calidad, dado que es precisamente PEMEX quien contrajo la obligación de prestar el servicio adecuado, oportuno y de calidad a sus trabajadores, jubilados y derechohabientes, por lo que tiene una obligación de respeto y garantía, incluso respecto de actos de terceros.

92. Esto implica que PEMEX tiene el deber de organizar su estructura para asegurar el libre y pleno ejercicio del derecho a la protección de la salud de sus trabajadores y familiares, lo que también supone el deber de impedir o hacer todo lo racionalmente posible para evitar que se impida su ejercicio directamente por el estado o indirectamente a través de particulares.

93. La obligación de garantizar implica el deber del Estado de tomar todas las medidas necesarias para evitar cualquier obstáculo que impida que las personas disfruten de los derechos humanos que la Constitución Federal y los Tratados Internacionales les reconocen. En este sentido, la tolerancia del Estado a circunstancias o condiciones que impidan el ejercicio de sus derechos constituye, por sí misma, un incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 1 de la Constitución Federal, en relación con su artículo 4, párrafo cuarto.

94. A nivel convencional, la CrIDH se pronunció en el sentido que las obligaciones contenidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana constituyen la base para la determinación de responsabilidad internacional de un Estado. El artículo 1.1 de la Convención Americana, pone a cargo de los Estados los deberes fundamentales de respetar y de garantizar los derechos, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos reconocidos en la Convención que pueda ser atribuido a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por la misma Convención. A su vez, el deber general del artículo 2 de la Convención Americana implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención, y por la otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías¹⁸.

¹⁸ CrIDH. Caso Ximenes López vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006, p. 83.

95. Esta circunstancia ha sido desarrollada por la CrIDH, la cual estableció que la responsabilidad estatal también puede generarse *“por actos de particulares en principio no atribuibles al Estado. Las obligaciones erga omnes que tienen los Estados de respetar y garantizar las normas de protección, y de asegurar la efectividad de los derechos, proyectan sus efectos más allá de la relación entre sus agentes y las personas sometidas a su jurisdicción, pues se manifiestan en la obligación positiva del Estado de adoptar las medidas necesarias para asegurar la efectiva protección de los derechos humanos en las relaciones inter-individuales”*¹⁹.

96. En el Caso Ximenes López Vs. Brasil, la CrIDH estableció un precedente respecto de la responsabilidad del Estado derivada de actos de agentes no estatales [terceros], específicamente, en el caso de una clínica privada de salud y determinó que *“los supuestos de responsabilidad estatal por violación a los derechos consagrados en la Convención, pueden ser tanto las acciones u omisiones atribuibles a órganos o funcionarios del Estado, como la omisión del Estado en prevenir que terceros vulneren los bienes jurídicos que protegen los derechos humanos. No obstante, entre esos dos extremos de responsabilidad, se encuentra la conducta descrita en la Resolución de la Comisión de Derecho Internacional²⁰, de una persona o entidad, que si bien no es un órgano estatal, está autorizada por la legislación del Estado para ejercer atribuciones de autoridad gubernamental. Dicha conducta, ya sea de persona física o jurídica, debe ser considerada un acto del Estado, siempre y cuando estuviere actuando en dicha capacidad y consideró que la acción de toda entidad, pública o privada, que está autorizada a actuar con capacidad estatal, se encuadra en el supuesto de responsabilidad por hechos directamente imputables al Estado, tal como ocurre cuando se prestan servicios en nombre del Estado”*²¹.

¹⁹ CrIDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, p. 113.

²⁰ CrIDH. Responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos. Comisión de Derecho Internacional 53° sesión, 2001. Documento de la ONU A/56/10. Texto introducido en el anexo de la Resolución 56/83 de 28 de enero de 2002, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

²¹ CrIDH. Caso Ximenes López vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006, p. 86 y 87.

97. Este posicionamiento se encuentra más desarrollado en el voto razonado de un juez de la CrIDH, en el siguiente sentido: *“Es preciso destacar, sin embargo, como lo ha hecho la Sentencia, que cuando el Estado resuelve trasladar a otras manos la prestación de un servicio que naturalmente le corresponde --porque forma parte del acervo de derechos sociales a los que corresponden deberes estatales--, no queda desvinculado en absoluto --es decir, ‘excluido de su responsabilidad estricta’-- de la atención que se brinda a la persona cuyo cuidado confía a un tercero. La encomienda es pública y la relación entre el Estado que delega y el tratante delegado existe en el marco del orden público. **El tratante privado sólo es el brazo del Estado para llevar adelante una acción que corresponde a éste y por la que el propio Estado conserva íntegra responsabilidad; es decir, ‘responde por ella’ sin perjuicio de que la entidad o el sujeto delegados (sic) también responsan (sic) ante el Estado**”²².*

98. Así, se precisa en este voto razonado que es posible distinguir *“entre la mera supervisión --que no es, sin embargo, distancia total e indiferencia institucional-- por parte del Estado con respecto a los entes privados, tanto facultativos como empresas médicas, que actúan sobre los usuarios del servicio (pacientes) con apoyo en una relación de derecho privado, aunque reviste interés público o social; y la responsabilidad material que conserva el Estado cuando interviene, por acuerdo de éste y con él, un ente privado que opera en una relación de derecho público con el Estado del que recibe su encargo, relación que trasciende hacia el usuario del servicio convertido en beneficiario de esa relación”*²³.

99. En el caso concreto, aunque a nivel interno el servicio médico fue proporcionado a V a través del Hospital Subrogado, PEMEX se encontraba obligado legalmente a proporcionar la atención médica a V, consecuentemente, la responsabilidad de PEMEX consistió en una omisión respecto de su deber de prevenir que el Hospital

²² Voto razonado del juez Sergio García Ramírez con respecto a la sentencia de la Corte Interamericana De Derechos Humanos en el caso Ximenes Lopes vs. Brasil, dictada el 4 de julio de 2006, p 27.

²³ *Ibidem*, p. 28.

Subrogado vulnerara los derechos humanos de los usuarios de los servicios subrogados pues no acreditó ante la Comisión Nacional la supervisión periódica de la existencia y suministro de medicamentos en el Hospital Subrogado y una vez que tuvo conocimiento de la controversia respecto del diagnóstico y tratamiento proporcionado a V por el Hospital Subrogado, no inició una investigación de tipo administrativa que permitiera determinar si la atención médica proporcionada en el Hospital Subrogado fue adecuada y de calidad, a pesar de que se encontraba facultado para hacerlo de acuerdo a los Procedimientos de los servicios subrogados; tampoco refirió si realizó una investigación a fin de determinar si hubo algún incumplimiento por parte del proveedor respecto de la ausencia de medicamentos. Por lo anterior, se concluye que PEMEX no actuó con la debida diligencia respecto de la supervisión para que el servicio médico que se proporcionaba de manera subrogada fuera adecuado, de calidad y suficiente respecto del surtido de medicamentos.

100. Ejemplo de ello se desprende del procedimiento para el suministro de medicamentos, pues de acuerdo con el Procedimiento “*Control, Registro y Surtimiento de Medicamentos entregados en mostrador de farmacia subrogada*”, establecido en los Procedimientos de los servicios subrogados, las personas servidoras públicas de PEMEX tenían las siguientes obligaciones:

Persona Servidora Pública de PEMEX	Cargo	Obligación
AR3	Coordinador Médico de Zona	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar que los medicamentos se suministren con oportunidad a la derechohabencia • Supervisar que se apliquen las penalizaciones correspondientes
AR2	Supervisor Médico de Zona	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar las acciones necesarias para verificar que la entrega de medicamentos a los derechohabientes se efectúe con oportunidad y bajo los términos

		del contrato y lineamientos médicos establecidos.
AR1	Supervisor Médico Sectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar que las farmacias subrogadas de las localidades que comprenden el sector a su cargo, entreguen con oportunidad los medicamentos, de conformidad con el catálogo anexo al contrato.

101. De manera complementaria, estos Procedimientos establecen, como obligación del proveedor de seguros de salud, que el encargado de la farmacia al advertir que no contaban con los medicamentos, debía estampar un sello de no existencia de los mismos y solicitar que el personal médico le expidiera una nueva receta. De acuerdo con la lista comprobatoria del programa de actividades de los Procedimientos de los servicios subrogados, también se contempla la posibilidad de que, al no existir el medicamento, la farmacia del Hospital Subrogado podía extender vales para surtir el medicamento prescrito en otra farmacia a los derechohabientes de PEMEX y usuarios del servicio médico subrogado.

102. La Comisión Nacional solicitó a PEMEX remitiera un informe del supervisor médico de sector en el que se hiciera referencia a los hechos de cuenta y se precisara el procedimiento de supervisión o vigilancia de los servicios médicos subrogados y del abastecimiento de medicamentos en las farmacias subrogadas. Aunque los Procedimientos de los servicios subrogados establecen que el supervisor Médico Sectorial [AR1], debía *“Estar en contacto directo con los prestadores de servicio y proveedores de su área de influencia, mediante programa de visitas periódicas a efecto de supervisar su actuación en términos de lo contratado, elaborando constancia de la visita realizada”*, PEMEX únicamente remitió un formato en blanco de la Coordinación médica de Zona, sin especificar en

qué consiste la supervisión que realiza ni acreditó la periodicidad con que se llevó a cabo.

103. En este sentido, correspondía a PEMEX acreditar que su personal actuó con la debida diligencia y llevó a cabo las acciones necesarias y suficientes para supervisar y fiscalizar los servicios médicos otorgados de manera subrogada. Un criterio similar se observa en materia civil que se sustenta, por analogía, en la siguiente tesis de la SCJN:

*“RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA. De conformidad con las pautas establecidas por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver la contradicción de tesis 93/2011, para acreditar la responsabilidad civil de los profesionistas médico-sanitarios ante una demanda en la que se alegue la existencia de un daño, a los profesionales referidos les corresponde probar su debida diligencia (el elemento de culpa), mientras que la demandante debe acreditar el resto de los elementos de la responsabilidad civil extracontractual: daño y nexo causal. En otras palabras, **cuando una persona alegue que un profesional médico-sanitario o una institución hospitalaria le causó un daño por una indebida atención médico-sanitaria, se actualiza lo que se denomina una reinversión de la carga de la prueba a favor de la actora en el juicio, en la que a los profesionales médico-sanitarios o a la institución hospitalaria les corresponde acreditar su debida diligencia en la atención médica del paciente que sufrió el referido evento dañoso, en atención a los principios de facilidad y proximidad probatoria. La razón principal para optar por esta incidencia en las reglas estrictas de la carga de la prueba proviene de las circunstancias particulares en las que se desarrolla un caso de atención médica; por lo general, el***

*conocimiento científico-técnico y las pruebas pertinentes para acreditar la debida diligencia o desacreditar la supuesta culpa o violación de un deber de cuidado las detentan los profesionales médico-sanitarios o las instituciones hospitalarias, por lo que exigir de una forma irrestricta que sea la actora la que demuestre por sí sola y sin lugar a dudas la negligencia en la atención médica podría provocar lo que en la doctrina se denomina como una carga probatoria diabólica. Esto es, lo que se busca es que ambas partes en el juicio participen activamente en él y que aporten los elementos de convicción necesarios para que el juzgador llegue a la verdad y estudie si se acreditan o no los elementos de la acción. **Esta posición no conlleva a la existencia de una presunción de la culpa de los médicos o de la institución hospitalaria o el surgimiento de una responsabilidad objetiva**, pues en materia de responsabilidad civil subjetiva derivada de la atención médica, la cual es caracterizada en términos generales como una actividad que da lugar a obligaciones de medios, no cabe la presunción automática de la culpa de las partes demandadas, sin que ello implique que ésta no pueda acreditarse a partir de algún tipo de presunciones (por ejemplo, indiciarias)²⁴.*

104. Cabe agregar que, aunado a la obligación de respetar y garantizar el derecho a la protección de la salud, PEMEX tenía un deber reforzado de protección, en función de las necesidades específicas de sus derechohabientes con padecimientos crónicos, como era el caso de V, debido a su condición personal o particular de vulnerabilidad, al tratarse de una persona mayor con enfermedades crónicas, cuyo control y tratamiento se realizaba en otro centro de adscripción médica.

105. Por lo anteriormente expuesto, la Comisión Nacional concluye que a pesar de que V acudió al servicio médico subrogado de PEMEX, no se le otorgó una atención

²⁴ Semanario Judicial de la Federación. 9 de septiembre de 2016, Registro 2012513.

médica adecuada ni oportuna, lo que derivó en un deterioro en su salud, existiendo una responsabilidad institucional desde el punto de vista de los derechos humanos por parte de PEMEX, a pesar de que no proporcionó de manera directa la atención médica a V, por lo siguiente: 1) el Hospital Subrogado no fue elegido de manera libre por V, sino que PEMEX tenía contratado el servicio con el proveedor de seguros de salud, en cuya red de hospitales, para acceder, sólo se encuentra el Hospital Subrogado en esa localidad, lo que impidió que V pudiera acudir a otro nosocomio; 2) de las constancias proporcionadas por PEMEX, no se acredita que hubiera realizado las medidas suficientes y necesarias para supervisar o vigilar la prestación de los servicios médicos subrogados, el abastecimiento adecuado y oportuno de medicamentos o la determinación y, en su caso, aplicación de la penalización correspondiente.

106. En el presente caso se acredita la responsabilidad por la violación del derecho humano a la salud por parte de personas servidoras públicas de PEMEX y en perjuicio de V, dado que AR1, AR2 y AR3, quienes ostentaban los cargos de Supervisor Médico Sectorial en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Supervisora Médico de Zona y Coordinadora Médica de Zona, respectivamente, no actuaron con la diligencia debida para supervisar que los servicios médicos proporcionados por PEMEX, de manera subrogada, se prestaran a V en condiciones de calidad, oportunidad y disponibilidad.

107. Por lo anterior, la Comisión Nacional cuenta con elementos suficientes para considerar que AR1, AR2 y AR3, no actuaron conforme a sus atribuciones, incumpliendo sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia como servidores públicos, faltando a sus responsabilidades previstas en los artículos 2, 7, 8, fracciones III, VI y XVII, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.

108. En virtud de lo anterior, y con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Federal; 6 fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión Nacional considera que cuenta con elementos de convicción suficientes para que, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja en contra de AR1, AR2 y AR3, ante la Unidad de Responsabilidades de PEMEX, para que se realicen las investigaciones pertinentes y se determinen las responsabilidades de los servidores públicos que intervinieron en los hechos.

109. Esta Comisión Nacional observa la importancia de que las investigaciones que se inicien con motivo de los hechos denunciados se lleven a cabo con la debida diligencia, completa, imparcial, efectiva y pronta de los hechos, con el objeto de establecer la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, así como de todos los demás servidores públicos que, en su caso, hayan participado en los hechos cuya identidad tendrá que investigarse, con el objeto de aplicar efectivamente las sanciones que la ley prevé.

E. Reparación integral del daño. Formas de dar cumplimiento a la Recomendación.

110. 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, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero de la Constitución Federal; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y; 1º, párrafos tercero y cuarto, 7, 26, 27 y 61 a 75 de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, así como 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.

111. Asimismo, 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.

112. En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH resolvió 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... ..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*”.

113. En el presente caso toda vez que han quedado acreditadas violaciones al derecho humano a la protección de la salud, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados, en los siguientes términos:

a) Medidas de rehabilitación

114. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a F1, F2 y F3 la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, y sus especificidades de género. Esta atención, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos,

deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, brindando información previa, clara y suficiente.

b) Medidas de compensación

115. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “... *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”²⁵.

116. Por tanto, deberá realizarse la reparación del daño a F1, F2, y F3 en términos de la Ley General de Víctimas, por los hechos imputados a PEMEX, con independencia de las responsabilidades civiles, administrativas o penales que pudieran corresponder a M1 y M2, al Hospital Subrogado o al proveedor de seguros de salud.

c) Medidas de satisfacción

117. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción IV, y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, las medidas de satisfacción tienen la finalidad de “*reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas*”, mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos. Una forma de reparación, consistirá en el inicio, por parte de la instancia competente, del expediente administrativo para investigar las probables acciones u omisiones irregulares, atribuibles a las personas servidoras públicas involucradas.

²⁵ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2015, Fondo, Reparaciones y Costas, p. 244

118. Por tanto, dado que las conductas y omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, pudieran ser constitutivas de responsabilidades administrativas, esta Comisión Nacional presentará queja en su contra ante la Unidad de Responsabilidades en PEMEX, a fin de que para que se inicie el procedimiento administrativo y, de ser el caso, se finquen las responsabilidades que correspondan en términos de lo establecido en el artículo 185 del Estatuto Orgánico de PEMEX; 90 de la Ley de PEMEX; y 48, fracción I, de su Reglamento.

119. Por lo anterior, PEMEX deberá proporcionar en todo momento la información completa e idónea a la Unidad de Responsabilidades, para que se haga valer en el procedimiento administrativo de investigación sobre los hechos y evidencias apuntadas en la presente Recomendación, recabando y aportando las pruebas necesarias para su debida integración, sin que exista dilación, para poder lograr una determinación fundada y motivada, con elementos suficientes e informando a esta Comisión Nacional el estado en que se encuentren los procedimientos y las diligencias y actuaciones faltantes para la determinación que en derecho proceda, aunado al hecho de que se deberá incluir una copia de la presente Recomendación en los expedientes administrativos y laborales de AR1, AR2 y AR3, como constancia de las violaciones a los derechos humanos de V.

120. De igual manera, por cuanto hace al proveedor de seguros de salud, PEMEX deberá dar vista de los hechos a fin de que se determine y en su caso, apliquen las penalizaciones correspondientes, conforme al Procedimiento Médico Administrativo de los Servicios Subrogados.

d) Medidas de no repetición

121. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan.

122. Al haberse acreditado violaciones al derecho humano a la salud, la Coordinación Nacional de Servicios Médicos Subrogados de PEMEX, en un plazo

de tres meses a partir de la aceptación de esta Recomendación, deberá instruir al área correspondiente para que realice la supervisión, evaluación y control de los servicios médicos subrogados que se proporcionan en la localidad y en caso de encontrar incumplimientos se inicien los procedimientos de penalización que conforme a derecho correspondan, asimismo, en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, PEMEX deberá: 1) remitir la presente Recomendación, la Recomendación General No. 37 y los Principios de la ONU al proveedor de seguros de salud, al Hospital Subrogado y al actual proveedor con quien tenga contratada la prestación de servicios médicos subrogados; y, 2) generar los mecanismos legales necesarios que obliguen contractualmente a las empresas que prestan los servicios subrogados a cumplir con su responsabilidad de respeto a los derechos humanos, entre los que se incluya la “*cláusula obligacional de respeto a derechos humanos*” en los contratos que celebre y se incorporen sanciones contractuales en caso de incumplimiento, debiendo remitirse a la Comisión Nacional las constancias que acrediten la realización de los mismos.

123. De igual manera, en las zonas en que PEMEX proporciona atención médica subrogada, deberá elaborar un programa o cartilla respecto de estos servicios médicos, en la que se señalen y publiciten las facultades de los supervisores médicos sectoriales, de zona y coordinadores, las medidas de atención e investigación que llevan a cabo y se precisen los datos de contacto para su intervención de manera oportuna ante inconformidades o quejas respecto de la prestación de los servicios médicos subrogados.

En consecuencia, este Organismo Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General de Petróleos Mexicanos, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades que le son atribuidas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a F1, F2 y F3, que incluya una compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, con motivo de la vulneración del derecho humano a la protección de la salud de V; se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se les brinde atención médica, psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar ampliamente con la queja que esta Comisión Nacional presente ante la Unidad de Responsabilidades en PEMEX para que se investigue, determine y, en su caso, se sancionen las responsabilidades administrativas de AR1, AR2 y AR3, y se remitan a este Organismo Constitucional las constancias con que acredite su cumplimiento.

TERCERA. Incorporar copia de la presente Recomendación en los expedientes administrativos y laborales de AR1, AR2 y AR3, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Instruir se elabore y difunda, en las localidades en las que PEMEX proporciona servicios médicos de manera subrogada, una cartilla o programa que precise las medidas de atención e investigación que el personal de PEMEX lleva a cabo respecto de estos servicios y se proporcionen los datos de contacto para su intervención de manera oportuna ante inconformidades o quejas respecto de la prestación de servicios subrogados y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Instruir a la Coordinación Nacional de Servicios Médicos Subrogados para que, en un plazo de tres meses a partir de la aceptación de esta Recomendación, realice la supervisión, evaluación y control en la prestación de los servicios médicos

subrogados en la localidad, conforme a su normatividad, asegurándose de que las empresas del sector salud con las que contrate cuenten con los elementos de respeto a derechos humanos que han quedado precisados, para prevenir afectaciones a derechos humanos y, en su caso, se apliquen las penalizaciones procedentes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Instruir a quien corresponda para que en un plazo de 3 meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, remita al proveedor de seguros de salud, al Hospital Subrogado y al proveedor con quien actualmente tiene contratados los servicios de salud subrogados la presente Recomendación, la Recomendación General No. 37 y los Principios de la ONU; asimismo, genere mecanismos legales que los obliguen contractualmente a cumplir con su responsabilidad de respetar derechos humanos, para lo cual deberá incluir en todos los contratos públicos que celebren en materia de salud la “*cláusula obligacional de respeto a derechos humanos*” e incorporar sanciones o penalizaciones contractuales en caso de incumplimiento, y remita a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar a una persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente.

124. La presente Recomendación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Federal, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental, tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida 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, de la Constitución Federal, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquier otra autoridad

competente, para que dentro de sus atribuciones apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

126. Con el mismo fundamento jurídico se le solicita 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.

127. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas a quienes se dirige, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 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 que requieran su comparecencia, a efecto de que explique las razones de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA