



**RECOMENDACIÓN NO. 50/2019
SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A
LOS DERECHOS HUMANOS A LA
PROTECCIÓN A LA SALUD, A LA
INTEGRIDAD PERSONAL, A LA
IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN
DE V EN HOSPITALES DEL IMSS EN
SINALOA Y SONORA.**

Ciudad de México, a 14 de agosto 2019

**LIC. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero, y 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º párrafo primero, 6º fracciones I, II y III, 15 fracción VII, 24 fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 128 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/4/2018/867/Q, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de los artículos 4º párrafo segundo de la Ley de la Comisión

Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda 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, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Se presenta el siguiente glosario de términos con el significado de las claves utilizadas para distintas personas relacionadas con los hechos, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

Claves	Denominación
V	Víctima
SP	Servidor Publico
AR	Autoridad Responsable

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas personas, dependencias, instancias de gobierno, autoridades y expedientes, se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH

Unidad de Medicina Familiar 55 con Unidad Médica de Atención Ambulatoria /265 del IMSS en Culiacán, Sinaloa	UMAA 265
Unidad de Medicina Familiar 36 del IMSS en Culiacán, Sinaloa	UMF 36
Hospital General Regional 1 del IMSS en Culiacán, Sinaloa	HGR 1
Hospital de Especialidades 2 del IMSS, Ciudad Obregón, Sonora	HE 2
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	VIH
NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, "Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria"	NOM-026-SSA3-2012
NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, "Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada"	NOM-016-SSA3-2012
NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, "Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (vigente al momento de los hechos)	NOM-010-SSA2-2010
Organización Mundial de la Salud	OMS

I. HECHOS.

5. El 23 de enero de 2018, esta Comisión Nacional recibió de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa (Comisión Estatal), por razón de competencia, el expediente CEDH/III/013/2018, iniciado con motivo de la queja de V, por presuntas violaciones a sus derechos humanos, atribuibles a personal médico del IMSS.

6. En su escrito de queja, V, hombre de 45 años con VIH, expresó que el 26 de diciembre de 2014, levantó un tronco de un árbol para leña cuando notó que en su vista había unos puntos que caían y flotaban en el ojo derecho, por lo que acudió aproximadamente a las 6 de la tarde al área de Urgencias del HGR 1, donde le informaron en la ventanilla que no había personal médico oculista debido a las fiestas decembrinas, razón por la cual no fue atendido. Ante esta situación y la persistencia de dolor, ese mismo día acudió a una clínica particular.

7. Una vez que se encontraba con la médica particular, le diagnosticó desgarre de retina y lo programó al día siguiente para aplicar láser en el ojo afectado, procedimiento que no funcionó, porque al décimo día V percibió como una bolsa oscura en su visión.

8. El 12 de enero de 2015, V fue para atención al servicio de oftalmología de la UMAA 265, donde sabía que trabajaba la médica particular que lo atendió (AR1) quien lo revisó y programó aplicación de un plan de crioterapia¹ con aire, pues empezó a ver *“como una cortina oscura que bajaba por su ojo”*.

9. V agregó que AR1 le aplicó un gas (crío intravítrea de aire) el 23 enero y 05 de febrero de 2015, sin obtener resultados para la mejoría del padecimiento, y le programó cirugía para la remoción de catarata y practicarle una vitrectomía² que se realizaría el 12 de febrero de 2015.

10. V se presentó en el área de oftalmología en la UMAA 265 en la fecha y hora programadas, una vez que estaba en la sala de cirugía, AR1 le informó que *“le tenía una mala noticia, que no lo iban a operar”*, porque fue rechazado por ser portador de VIH.

¹ La crioterapia de retina consiste en la congelación del tejido situado alrededor de la punta del aplicador que es similar a la de un bolígrafo. Después de la congelación se genera inflamación y una cicatriz a modo de quemadura que adhiere los tejidos. Clínica oftalmológica Novovisión, España.

² La vitrectomía es una técnica de microcirugía ocular que se utiliza para extraer el vítreo, es decir, el gel transparente que rellena la cavidad ocular. Instituto de Microcirugía Ocular, Barcelona, España.

11. V señaló que minutos más tarde AR2 lo llevó al área de atención al derechohabiente donde conversaron sobre las razones por las cuales se canceló la intervención quirúrgica. V le preguntó a qué persona se podía dirigir para que le autorizaran el procedimiento; AR2 le respondió que *“no era necesario, toda vez que ella mandaba en esa área y que no expondría al personal, ni a los pacientes a una contaminación”*; ante estos hechos AR1 solicitó a AR2 que le permitieran realizar la cirugía al final del día ya que al ser el último paciente evitaría contagios, dicha petición fue negada.

12. En su escrito de queja, V mencionó que le suplicó a AR2 la cirugía porque *“el problema del ojo cada vez se agravaba más y no creía que fuera justo que lo perdiera por no realizarle la cirugía”*, pero AR2 nuevamente se negó, respondiendo que hay un protocolo que prohíbe operar a pacientes con ciertos padecimientos, como lo son los portadores de VIH, entre otros; a lo que V solicitó que le mostrara dicho documento, entregándole una impresión de los “Criterios de Referencia de la UMAA 265”, en cuyo punto 9 dice: *“No recibimos pacientes con discrasias sanguíneas, HIV (sic), hepatitis, hipo e hipertiroidismo y alergias, enfermedades mentales, síndromes, etc”*.

13. El 16 de febrero de 2015, la UMAA 265 remitió a V al HE 2 en Ciudad Obregón Sonora, para que le realizaran la cirugía, ya que contaba con medidas universales de prevención. El 9 de marzo del mismo año, V fue atendido por un médico oftalmólogo adscrito al HE 2, quien le informó que no se podría hacer nada debido a que la retina *“estaba echada a perder”*.

14. V mencionó en su escrito que posteriormente acudió tres veces al HE 2 para ser valorado por el médico especialista e insistió en ser evaluado por el Jefe de Oftalmología, quien le corroboró que debía ser intervenido por la catarata en su unidad médica y que *“no lo operaría de la retina desprendida, porque ya no se podía hacer nada”*.

15. V destacó que del HE 2 lo regresaron a la UMAA 265 para ser intervenido quirúrgicamente de cataratas el 19 de marzo de 2015, pero al momento de comenzar la cirugía, AR1 le comunicó que el aparato no funcionaba por lo que no se llevaría a cabo.

16. V señaló que *“desde que empezó el problema del ojo, le negaron la atención médica y la cirugía, perdiendo la función del ojo derecho y esta situación genera que su visión sea torpe y débil; no puede agarrar los objetos con precisión ni caminar con firmeza, además de ver sombras y luces que se juntan con el otro ojo y no le permiten ver nada”*, además de que el trabajo que anteriormente ejercía ya no lo puede llevar a cabo y que está imposibilitado para desempeñar su vida como antes.

17. V presentó el 1 de julio de 2016 queja ante la CONAMED y como parte del proceso de conciliación se notificó al IMSS, que envió el caso para evaluación a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de la Delegación del IMSS en Sinaloa, la cual resolvió el 17 de octubre del mismo año que la queja era improcedente desde el punto de vista médico. Esta resolución fue notificada a V por CONAMED el 2 de febrero de 2017, respondiendo su desacuerdo, por lo que la queja ante CONAMED se resolvió como no conciliada.

18. De los hechos narrados como violatorios a derechos humanos se observa que sucedieron entre diciembre de 2014 y octubre de 2016, además se advierte que el acuerdo de no conciliación con CONAMED fue el 2 de febrero de 2017 y que las afectaciones a la integridad física de V son crónicas, por lo que esta Comisión Nacional inició la integración e investigación del caso con el expediente CNDH/4/2018/867/Q.

II. EVIDENCIAS.

19. Oficio CEDH/VG/CDMX/000095, de 23 de enero de 2018 de la Comisión Estatal a través del cual remitió a esta Comisión Nacional, por razón de competencia, el

expediente CEDH/III/013/2018, iniciado con motivo del escrito de queja que presentó V, al cual acompañó lo siguiente:

19.1 Escrito de queja de V de 19 de enero de 2018, en el que hizo una narración de los hechos atribuibles a personal médico del IMSS.

19.2 Expediente clínico de V integrado en la UMF 36.

20. Acta Circunstanciada de 29 de enero de 2018, donde consta comunicación de este Organismo Nacional con V quién confirmó los hechos motivo de su queja y agregó que por *“dicha negligencia médica perdió su ojo derecho y ahora no puede desempeñar un trabajo con el que pueda tener una vida útil”*.

21. Oficio 095217614C21/160 de 20 de marzo de 2018, por el que el IMSS rindió el informe a esta Comisión Nacional y adjuntó las siguientes constancias:

21.1 Oficio de 2 de marzo de 2018, de la UMAA 265, mediante el cual rinde un informe sobre los hechos materia de la queja.

21.2 Acta de Recepción de queja de V ante la CONAMED del 1 de julio de 2016. **(foja 268)**

21.3 Expediente Clínico de V, generado en la UMAA 265.

21.4 Informe de AR2 de 7 marzo de 2018.

21.5 Informe de AR1 de 7 de marzo de 2018.

22. Oficio 095217614C21/794 de 21 de mayo de 2018, a través del cual el IMSS remitió el Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de 17 de octubre de 2016, en el que determinó la improcedencia de la queja de V.

23. Oficio 095217614C21/212 de 1 de febrero de 2019, por el que el IMSS proporcionó información en vía de ampliación.

24. Acta Circunstanciada de 4 de junio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la entrevista con V, quien aportó información sobre los hechos motivos de la queja.

25. Opinión Médica de este Organismo Nacional sobre el caso de V, emitida el 10 de junio de 2019.

26. Acta Circunstanciada de 17 de junio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la entrevista con V, donde precisó información sobre los hechos motivos de la queja, la atención que recibió en los hospitales involucrados y las afectaciones en su vida y por la pérdida de su ojo.

27. Acta Circunstanciada de 17 de junio de 2019, en la que consta la entrevista realizada por este Organismo Nacional a personal de la UMAA 265, quien entregó copia simple de los siguientes documentos:

27.1 Criterios de Referencia de la UMAA 265 vigentes en 2018.

27.2 Criterios de Referencia de la UMAA 265 correspondiente a 2019.

28. Acta Circunstanciada de 21 de junio de 2019, en la que este Organismo Nacional hizo constar la recepción de 4 correos electrónicos enviados por AR2, a través de los cuales realizó diversas manifestaciones en cuanto a los hechos materia de la queja y anexó, entre otros documentos, los siguientes:

28.1 Cédula de diagnósticos que pueden ser enviados a la UMAA 265.

28.2 Documento con el título "*Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) #265*", que en la parte superior indica enero 2015 y con logotipo de los 70 años del IMSS y que según dicho de AR2 corresponden a los criterios del año 2015.

29. Acta Circunstanciada de 24 de junio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la entrevista con V, quien confirmó que los criterios que aportó en su queja se los entregó AR2.

30. Acta Circunstanciada de 1 de julio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de información complementaria enviada vía electrónica por el IMSS, mediante el cual adjuntó lo siguiente:

30.1 Oficio 095217614C21/1632 de 27 de junio de 2019, por el cual el IMSS proporcionó la información siguiente:

30.1.1 Oficio sin número de 25 de junio de 2019, por el cual, la dirección de la UMF 55 con UMAA, explica el por qué se denomina UMAA 265.

30.1.2 Criterios de Referencia de la UMAA 265 vigentes en 2018.

31. Acta Circunstanciada del 09 de julio de 2019, en la que se hace constar que esta Comisión Nacional entrevistó a V1 sobre la vitectromía del 12 de febrero de 2015.

32. Acta Circunstanciada del 10 de julio 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la búsqueda de información sobre el 70 aniversario del IMSS y en la que se adjunta su Comunicado de prensa 003/2013, del 19 de enero de 2014.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

33. V presentó el 1 de julio de 2016 queja ante la CONAMED quien la sometió a procedimiento de conciliación entre las partes, la cual fue notificada al IMSS, quien la presentó en la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de la Delegación del IMSS en Sinaloa, resolviendo el 17 de octubre del mismo año que la queja ante la CONAMED era improcedente desde el punto de vista médico, en virtud de que el procedimiento de atención del ojo derecho se inició de forma particular.

34. De lo anterior, V fue notificado telefónicamente el 2 de febrero de 2017, en donde manifestó no estar de acuerdo con la resolución del IMSS, por lo que la CONAMED resolvió el procedimiento como no conciliado.

35. V dijo a esta Comisión Nacional que no presentó denuncia ante la Fiscalía General de la República sobre los hechos. Además, en su escrito de queja indicó que solicita la reparación del daño moral y psicológico que le causaron al rechazar operarlo, así como una indemnización por parte del IMSS por considerar que lo discriminaron por ser portador de VIH.

IV. OBSERVACIONES.

36. En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2018/867/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes de que se vulneraron los derechos humanos de V, por lo que realiza el siguiente análisis:

36.1. Derecho a la protección de la salud;

36.2 Derecho a la integridad personal;

36. 3. Derecho a la igualdad y no discriminación.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

37. El artículo 4^o, párrafo cuatro, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la SCJN ha establecido en jurisprudencia administrativa que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [por lo que para garantizarlo], es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos [...]*”³.

³ SCJN. “Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro No. 167530.

38. Por su parte, los artículos 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), reconoce que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

39. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puntualiza que “[l]a salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”⁴.

40. Además, establece que el derecho a la salud incluye cuatro elementos interrelacionados:

- Disponibilidad: El Estado debe asegurar la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios funcionales de salud pública y asistencia sanitaria, que también deberían incluir los “determinantes básicos de la salud”, como agua potable, salubridad adecuada, servicios médicos y personal cualificado.
- Accesibilidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación.
- Aceptabilidad: Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la deontología médica y ser culturalmente apropiados.
- Calidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser médica y científicamente apropiados y de buena calidad.⁵

⁴ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, 11 de agosto de 2000, p. 1.

⁵ Ibid, p. 12, incisos a, b, c y d.

41. Al respecto, esta Comisión Nacional ha reiterado que este derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad y calidad”*⁶.

A.1. Derecho de protección a la salud de las personas con VIH.

42. El derecho de protección a la salud de las personas con VIH debe garantizarse más allá del derecho a tratamiento médico para dicha enfermedad, es importante recordar que el derecho al más alto nivel de salud y de tener una vida sana les debe ser garantizado por el Estado. Al respecto la *“Declaración de derechos y humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del VIH y del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) de las Naciones Unidas”* reconoce que las personas con esta enfermedad tienen el derecho al *“respeto del derecho a la vida y del derecho al más alto nivel alcanzable de salud física y mental impone a todos los Estados la obligación de proteger la salud pública, incluida la provisión de información apropiada, educación y apoyo que permita a las personas desarrollar y mantener un estilo de vida sano [...]”*⁷.

43. Esta Declaración también reconoce en su artículo 4º que *“El respeto del derecho a la vida entraña también respeto del derecho de las personas a vivir con dignidad, independientemente de su estado de salud. Esto requiere reconocer que las personas con mala salud o incapacidad tienen derecho a participar al máximo de sus posibilidades en la sociedad, que a su vez necesita que se le facilite un medio*

⁶ CNDH. Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, página 7, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párr. 21

⁷ Artículo 3º.

ambiente favorable que permita a las personas con mala salud “vivir positivamente” y desarrollar todas sus posibilidades y su creatividad”.

44. Sin embargo, a pesar de los avances médicos sobre el VIH, la estigmatización aún persiste, por lo que aquellas personas que viven con la enfermedad siguen experimentando discriminación, rechazo y violencia. Esta Comisión Nacional en su publicación *“Recomendaciones de la CNDH relacionadas con el VIH y el SIDA”*⁸, recapituló las quejas presentadas de 1992 a 2015, de las cuales se observan los hechos violatorios de mayor recurrencia registrados en el contexto del VIH y el SIDA, siendo éstos:

- *“La negativa o inadecuada prestación del servicio público de salud. En total 347 hacen referencia a este hecho violatorio (21.88% de las quejas presentadas).*
- *La violación a los derechos de las (personas con VIH o con sida) con un total de 176 quejas que hacen referencia a este hecho violatorio (11.1 % de las quejas presentadas).*
- *Omitir suministrar medicamentos, con un total de 143 quejas que hacen referencia a este hecho violatorio (9.02% de las quejas presentadas).*
- *Omitir proporcionar atención médica. En total 117 quejas hacen referencia a este hecho violatorio (7.37% de las quejas presentadas).*
- *Negligencia médica. En total 100 quejas hacen referencia a este hecho violatorio (6.3% de las quejas presentadas).*
- *Negativa de atención médica por la condición de seropositivo o enfermo de sida (personas con VIH o con sida). En total 69 quejas hacen referencia a este hecho violatorio (4.35% de las quejas presentadas).”*

⁸ Hernández Forcada Ricardo; (Compilador), CNDH, 2016, pág. 8.

45. Lo anterior indica que el derecho a la protección de la salud de las personas con VIH es uno de los principales derechos humanos que se les vulnera. Llama la atención que varios de los hechos violatorios se suscitan en el sector salud, por parte del personal médico y de enfermería, a pesar de que éstos cuentan con mayor información debido a sus profesiones.

46. Ante esta situación es importante reconocer la realidad de las personas que tienen VIH, los sesgos, estereotipos y estigmas que persisten en México.

47. Al respecto, cobran relevancia los Objetivos del Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, y en donde el SIDA se incluye con la visión de la epidemia que es y que *“no se puede terminar sin abordar los determinantes de la salud y la vulnerabilidad, y las necesidades integrales de las personas vulnerables al VIH y que viven con el VIH”*.⁹ En este sentido ONUSIDA reconoce que *“Como un conjunto de metas indispensables [...] Las personas que viven con el VIH a menudo viven en comunidades frágiles y son los más afectados por la discriminación, la desigualdad y la inestabilidad. Sus preocupaciones deben ser una prioridad en los esfuerzos de desarrollo sostenible.”*¹⁰.

A.2 Atención médica ocular de V en diversos Hospitales del IMSS

48. V en su escrito de queja apuntó que el 26 de diciembre de 2014, al cargar un árbol para leña empezó a notar unos puntos que caían y flotaban en su ojo derecho, por lo que fue al HGR 1, pero en ventanilla le informaron que no lo podían recibir, ya que por las fiestas decembrinas no había personal de oftalmología.

49. Posteriormente acudió a una clínica particular para la visión, donde fue diagnosticado con *“desgarro superior en retina del ojo derecho en meridiano 10, en herradura asintomático, con zonas de adelgazamiento en meridiano 6”*, por lo que la médica indicó de manera adecuada realizar crioterapia aunado a terapia

⁹ ONUSIDA, El VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

¹⁰ *Ibíd.*

intravítrea con aire¹¹, lo anterior con el objetivo de evitar la cirugía por el riesgo de desprendimiento completo de retina, conforme a la Guía Práctica Clínica “*Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático*”, del Consejo de Salubridad General.

50. Al respecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional establece que el pronóstico de la respuesta al tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina dependerá de la magnitud, localización y tiempo de evolución del desprendimiento; así pues, 85% de los pacientes responden adecuadamente tras una intervención y 15% pueden necesitar 2 o más intervenciones. Por lo que el tiempo de evolución del desgarro de retina es un factor determinante en la recuperación funcional¹².

51. En días posteriores V observó en el ojo derecho una sombra como una cortina oscura que bajaba, por lo que el 12 de enero de 2015 acudió a la UMAA 265, donde tenía conocimiento laboraba la misma doctora que lo revisó en la clínica particular. Ese día, AR1 lo revisó y diagnosticó con “*desgarro de retina superior sin compromiso del área macular del ojo derecho*”, indicando realizar a V los procedimientos de crioterapia de desgarro más terapia intravítrea de aire al siguiente día, dicho proceso patológico es considerado una urgencia oftalmológica, el cual requería ser atendido de manera inmediata.

52. El 13 de enero de 2015 a las 11:40 horas, AR1 realizó los procedimientos médicos indicados, documentó en la nota de egreso que dichas técnicas se llevaron a cabo sin incidentes ni accidentes, y en el mismo sentido, anotó las indicaciones postquirúrgicas y la cita de seguimiento establecida al siguiente día.

53. El 14 y 16 de enero de 2015, como seguimiento al procedimiento, AR1 valoró a V y documentó haber visualizado hemorragia subconjuntival referida en la valoración previa en reabsorción (proceso normal) y presencia de retina

¹¹ Procedimiento en el que se inyecta una burbuja de gas dentro del ojo que empuja el desgarro de la retina a la pared posterior del ojo.

¹² Cano Reyes, Josefina del Carmen y otros. “*Desprendimiento de retina: una revisión bibliográfica necesaria*”. Medisan, 2015; volumen 19, No. 1. Santiago de Cuba, enero de 2015.

parcialmente aplicada con aire en cavidad, pero manteniendo desprendimiento en la región derecha. Ante tales hallazgos recetó de manera apropiada antibiótico vía oral y tópica, para disminuir la presión intraocular, esteroide para mejorar la inflamación, la cita a seguimiento y una siguiente valoración.

54. El 23 de enero de 2015, AR1 revaloró a V y asentó que algunos días posteriores al procedimiento del 13 de enero, la retina no había presentado datos de desprendimiento, pero que el 22 de enero del mismo año, V notó la disminución de la agudeza visual nuevamente, además la médico exploró el ojo y diagnosticó la presencia de una catarata¹³ y desprendimiento de retina parcial del ojo derecho; razón por la cual, AR1 solicitó la programación para realizar cirugía de vitrectomía¹⁴, estableció pronóstico reservado por el antecedente de desprendimiento de retina reincidente y elaboró el formato *“Solicitud de Servicio dentro de la Unidad de Medicina Familiar”*.

55. Resulta importante destacar que para esta fecha habían pasado 4 semanas desde el desprendimiento de retina inicial de V, tiempo en el cual conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se le habían realizado adecuadamente la terapia intravítrea y crioterapia. No obstante, V comenzó nuevamente con alteraciones visuales a pesar de dichos procedimientos oftalmológicos, estableciendo AR1 que continuaba con el cuadro de desprendimiento de retina sin involucrar el área macular¹⁵. En ese sentido, la Guía Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático”* recomienda

¹³ Consiste en la *“opacificación parcial o total del cristalino o la cápsula de uno o ambos ojos que condiciona la disminución de la agudeza visual o ceguera”*. Guía de Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento de catarata sin co-morbilidades de segmento anterior”*. México, Consejo de Salubridad General, 2013.

¹⁴ Técnica quirúrgica en la que se procede a corte y aspiración del vítreo bajo control microscópico.

¹⁵ La mácula ocular o mácula lútea es una de las zonas que adquieren una mayor relevancia dentro del globo ocular. Su apariencia es la de una pequeña mancha de color amarillo que se encuentra en el interior de la retina y nos permite tener la visión de los detalles y el movimiento. Esta zona del ojo es la que consigue que se puedan distinguir las caras y que se desarrolle la lectura sin inconvenientes. Clínica Oftalmológica de láser y microcirugía ocular. Valencia, España.

la cirugía de manera inmediata sin que pase de 10 días, por lo que AR1 sugirió el procedimiento quirúrgico urgente de vitrectomía e indicó su programación.

56. El 23 de enero de 2015, V acudió a la UMF 36, donde SP1, médica general le realizó valoración, asentando en la nota los procedimientos realizados por AR1 y asentó el antecedente de que V contaba con diagnóstico de ser seropositivo a VIH¹⁶. El 27 de mismo mes y año SP1, en cita médica de V, documentó signos vitales estables, reiteró el antecedente de seropositividad a VIH, presencia de desgarro de retina y la solicitud de valoración preoperatoria para realizar cirugía oftalmológica.

57. El 4 de febrero de 2015, V fue valorado nuevamente por AR1 en la UMAA 265; en la nota médica asentó “*desgarro de retina un poco más plano con aumento de la visión central y persistencia de catarata central*”, es decir que la patología había evolucionado, AR1 decidió “*nueva terapia intravítrea como última vez*”, aclarando, que de no resolverse, se debería realizar la vitrectomía, realizándole ese mismo día la terapia intravítrea.

58. El 5 de febrero del mismo mes y año, AR1 indicó en la nota médica que en el procedimiento del día anterior no hubo incidentes ni accidentes y suscribió las indicaciones para el cuidado postoperatorio con cita al día siguiente para valoración complementaria.

59. El 6 de febrero de 2015, AR1 reportó en nota médica a V con presencia del desgarro de retina pese a la aplicación de terapia intravítrea y que en ese momento tenía “*tomada el área macular*”, situación que no había presentado en las revisiones previas, razón por lo que programó para el 12 de febrero del mismo año la cirugía de catarata y en ese momento ver la posibilidad de vitrectomía; En una nota médica apuntó que “*de no poder realizarse la cirugía en la UMAA 265 si no habría insumos, se realizará envío a Ciudad Obregón (HE 2)*”. Ese día, V firmó la carta de consentimiento previa información para realizar el procedimiento de extracción extra

¹⁶ Persona que cuenta con pruebas serológicas repetidamente reactivas y prueba confirmatoria para virus de la inmunodeficiencia humana.

capsular de catarata más lente intraocular de ojo derecho" (vitrectomía) y el consentimiento informado para cirugía de catarata, donde le dieron a conocer las posibles complicaciones los procedimientos y se le otorgó la orden de internamiento para dicho procedimiento que se llevaría a cabo en la fecha solicitada a las 7:00 horas, teniendo que acudir con 8 horas de ayuno.

60. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se estableció que la realización de dicha terapia está indicada dentro de los procedimientos recomendados para tratar el desprendimiento de retina, tomando en cuenta que V1 ya presentaba afectación en el área macular del ojo derecho, lo anterior conforme a la citada Guía Práctica Clínica "*Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático*"; por tanto, fue adecuada la programación de cirugía.

61. El 10 de febrero de 2015, V fue atendido en el HGR 1 por SP2 de medicina interna, quien documentó su historial médico, en el que agregó que V era portador de VIH por varios años y que se encontraba manejado por infectología con medicamentos¹⁷.

62. SP2 realizó la valoración preoperatoria a V1, concluyendo riesgo cardiovascular bajo¹⁸, recomendó monitoreo cardiaco continuo, medidas profilácticas para eventos tromboembólicos y la realización de medidas de protección universal¹⁹. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se resalta el hecho de que de la valoración de SP2 a V y de que "**[...] es portador de VIH, su manejo quirúrgico no requería un manejo especial en cuanto a las medidas de protección**

¹⁷ "Lopinavir con Ritonavir". "Emtricitabina", "Dislipidémico" y usa "Bezafibrato".

¹⁸ Clasificación de Goldman I de IV. Esta es usada para determinar el riesgo cardiaco en procedimientos quirúrgicos que toma en cuenta nueve factores que clasifica en cuatro clases, siendo el mayor IV. Guía de referencia rápida "*Valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto*", Consejo de Salubridad General.

¹⁹ "OMS. "Precauciones estándares tienen como objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas".

universales establecidas por la OMS, por lo que podrían realizarle la técnica operatoria indicada’.

63. El 12 de febrero de 2015, día que se tenía programada la cirugía de cataratas y vitrectomía, V se presentó a las 7:00 horas con ayuno de 8 horas en la UMAA 265 como se lo indicaron y, una vez que entró en la sala de cirugía, AR1 le informó que no se llevaría a cabo el procedimiento quirúrgico debido a que era portador de VIH. En el expediente clínico, esta médica oftalmóloga elaboró la nota en la que anotó la evolución del desgarro de retina y que, para ese momento, ya tenía tomada el área macular, lo que implicó que el desgarro de retina progresó desfavorablemente, complicando el pronóstico de la función visual de V en dicho ojo. En la misma nota, AR1 apuntó *“Se programó para realizar cx de catarata y vitrectomía, pero fue rechazado por no cumplir con los criterios de esta unidad (se adjuntan), por lo que se comenta caso a coordinación y se indica envío a tercer nivel”* (sic). Por lo que AR1 documentó que los procedimientos quirúrgicos no se habían llevado a cabo.

64. AR1 elaboró la solicitud de interconsulta a especialidad en atención al padecimiento de V al HE 2, indicando en la casilla correspondiente como urgente. En la descripción de los signos y síntomas, detalló la evolución del desprendimiento de retina²⁰ sufrido por V desde diciembre de 2014, aclaró que el 12 de febrero de 2015 ya estaba tomada el área macular y documentó el antecedente de seropositividad a VIH. Resulta importante destacar que en esta nota, AR1 también registró que el paciente fue rechazado por no cumplir con los criterios de la Unidad, por lo que se comentó el caso con la Coordinación y se determinó referirlo al tercer nivel, adjuntando los criterios, los cuales no se encuentran en el expediente clínico entregado a esta Comisión Nacional por el IMSS.

²⁰ *“El término desprendimiento de retina (DR) se utiliza para describir una separación entre la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario retinal (EPR) subyacente. Prácticamente todos los DR caen dentro de tres categorías basadas en la causa del desprendimiento. La forma más común es el desprendimiento de retina regmatógeno (DRR), el cual se produce como consecuencia de una rotura retinal (desgarro o agujero retinal)”. Claramunt L. Jaime, “Desprendimiento de Retina”, Revista Médica Clínica Condes, volumen 21, no. 6, páginas 956-960, noviembre 2010.*

65. Del expediente clínico se observa que en el formato de interconsulta de especialidad en el que se AR1 remite a V de la UMAA 265 al HE 2, éste contiene los sellos de vigencia del jueves 12 de febrero de 2015 de la UMAA 265 y del lunes 16 de febrero del mismo año de la UMF 36, fecha en la que se le proporcionó la fecha del 24 de febrero de 2015 para acudir a consulta de oftalmología al HE 2, esto implica que no se puede atribuir a V1 la tardanza en realizar el trámite respectivo y que eso hubiera impactado en que la cita se programara para la fecha indicada.

66. El 24 de febrero de 2015, 12 días después de haberse cancelado la cirugía de cataratas y vitrectomía, V fue valorado por SP3 quien estableció los diagnósticos de desprendimiento de retina del ojo derecho y “*VIH-SIDA en tratamiento*”. A la exploración física, documentó la presencia de cristalino²¹ con movimiento anormal por una ruptura del mismo, opacidad del cristalino con forma de estrella en su segmento anterior y fondo de ojo con desgarro de retina en embudo; que se traduce en el desprendimiento total de la retina antiguo²².

67. SP3 además realizó el debido interrogatorio y determinó un pronóstico pésimo para la función visual, por el desprendimiento total de la retina; señaló que necesitaba la realización de cirugía de catarata, misma que podía ser efectuada en su Unidad de adscripción de segundo nivel de atención (HGZ 1 o UMAA 265) y refiere una segunda opinión en el servicio de retina.

68. El 9 de marzo de 2015, V acudió a consulta al HE 2 con SP4, quien le realizó el debido interrogatorio y anotó que encontró que el ojo derecho de V permitía visibilidad de movimiento de mano a 2 metros sin mejorar, aunado a una catarata central y presencia de vitrorretinopatía proliferativa²³ y desprendimiento de retina

²¹ Lente biconvexa del ojo que ayuda a la visión de objetos cercanos y lejanos.

²² Retina acartonada y pálida.

²³ “*La vitreorretinopatía proliferativa es la causa más frecuente de fracaso de la cirugía de desprendimiento de retina regmatógeno, con una incidencia de 7-10% en casos de desprendimiento de retina primario*”. Karla Del Rosario Ng González, Federico Alejandro Graue Wiechers, “*Tratamiento médico de la vitreorretinopatía proliferativa con colchicina oral*”, Revista Mexicana de Oftalmología; Enero-Febrero 2004, pág. 13.

total en embudo cerrado de apariencia de larga evolución; estableció que el pronóstico del paciente era pésimo a pesar de la cirugía, corroborando la necesidad de realizar cirugía de catarata en segundo nivel y revaloración posterior a ello, por lo que realizó la nota de referencia respectiva.

69. El 24 de marzo de 2015, AR1 elaboró una solicitud de servicio dentro de la UMAA 265 en la que describió que V se encontraba programado para cirugía de catarata del ojo derecho el 19 de marzo del mismo año, pero se descompuso el foco para realizar la facoemulsificación²⁴; por lo que se reprogramaría y sugirió reposo hasta la valoración en el HE 2.

70. El 27 de marzo de 2015, SP4 revaloró a V en el HE 2 y lo refirió de manera ordinaria a consulta de oftalmología para valoración de segmento posterior del ojo, referencia que conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional fue de manera adecuada.

71. El 1 de abril de 2015, V se presentó en la UMF 36, donde SP2 documentó que V sería operado el 9 de abril en la UMAA 265 por la catarata de ojo derecho y que el 14 de abril de 2015 sería revalorado en el HE 2 por el desprendimiento de retina. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional determina que para esa fecha y debido al avance del daño en la retina, la cirugía de catarata ya no se consideraba como una urgencia.

72. El 14 de abril de 2015, SP5 realizó una nota de referencia a la especialidad de oftalmología en el HGR 1, con el diagnóstico de desprendimiento de la retina por tracción subsecuente, refirió haber valorado a V y que no era candidato a manejo quirúrgico por el pésimo pronóstico visual, por el tiempo transcurrido y por la patología de retina; indicó el manejo conservador de ojo derecho con seguimiento y valoración periódica del ojo izquierdo por ser ojo único.

²⁴ Método de extracción de la catarata en donde mezclan los componentes de la catarata para ser absorbidos después.

73. El 12 de mayo de 2015, SP1 de la UMF 36 elaboró una hoja de referencia solicitando la atención de V en el servicio de oftalmología del HGR 1 para llevar su seguimiento posterior al desprendimiento de retina del ojo derecho, y evaluación y vigilancia del ojo izquierdo por ser ojo único funcional, atendiendo la observación de SP5.

74. El 11 de julio de 2015, la UMF 36 evaluó a V y estableció el diagnóstico de hipertensión ocular, refiriendo que estaba siendo manejado de manera adecuada con fármacos que cumplían la función de mantener la presión intraocular dentro de rangos normales.

75. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es posible establecer que el desarrollo de hipertensión ocular pudo verse favorecido por el desprendimiento de retina que presentó V el 26 de diciembre de 2014 y no derivado de una inadecuada atención médica, porque dentro de los factores de alto riesgo para desarrollar una hipertensión ocular se encuentran los defectos en la capa de fibras nerviosas de la retina²⁵, como en este caso.

76. El 20 de julio de 2015, SP6 valoró a V y estableció que el ojo izquierdo, el cual aún conserva su función total, se encontraba sin lesiones predisponentes de desprendimiento de retina, por lo que decidió dar de alta del servicio con cita abierta a urgencias, señaló los signos de alarma, elaboró la nota de contrarreferencia en la que diagnóstico el desprendimiento de la retina de ojo derecho, y la necesidad de valoración anual de ojo izquierdo por ser ojo único.

77. Del expediente clínico es posible establecer que entre el 8 de agosto de 2015 y 10 de diciembre de 2016, V recibió consultas mensuales en la UMF 36, en las que se continuó reportando estable con los diagnósticos de ceguera y glaucoma que continuaba con manejo farmacológico con medicamentos²⁶ y manteniendo la

²⁵ Kanski J.J. Menon J. et al *“Oftalmología Clínica”, 5ª ed. Elsevier. Madrid, pp 220-222.*

²⁶ *“Dorzolamida” y “Timolol”.*

presión ocular dentro de rangos normales. También se encontraron las citas de seguimiento anual de 5 de agosto de 2016 y 13 de enero de 2017 en el servicio de oftalmología del HGR1. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional esta atención fue adecuada.

78. El 20 de enero de 2017, SP6 valoró a V y reportó la presencia de lesiones predisponentes para desprendimiento de retina en el ojo ubico, el izquierdo, por lo que de manera adecuada realizó la destrucción de lesión coriorretinal por fotocoagulación por láser²⁷.

79. Como parte de la atención médica de V, se encontró que fue valorado en la UMF 36, el 28 de enero de 2017 y 12 de agosto de 2017, siendo reportado estable con diagnóstico de glaucoma y manejado de manera adecuada con los fármacos indicados para tal afección²⁸. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional las valoraciones referidas hacen constar el adecuado seguimiento que se le ha brindado a V por parte del personal médico de la UMF 36, además de la detección oportuna de patologías asociadas que pudieran presentarse y proporcionando con ello la oportunidad de establecer diagnóstico y manejo adecuado.

80. La última valoración de la que se tiene constancia en el expediente clínico presentado por el IMSS a esta Comisión Nacional, es la suscrita por SP6 el 30 de agosto de 2017, misma que en la exploración física realizada a V estableció los diagnósticos de inflamación en los párpados (blefaritis²⁹), desprendimiento de retina del ojo derecho y ceguera del mismo ojo.

81. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluye que del análisis del expediente clínico de V: *“de haberse programado y realizado la cirugía de*

²⁷ Procedimiento para producir una quemadura y posterior cicatriz de la retina mediante láser, para el tratamiento de cierto tipo de alteraciones retinianas en especial de retinopatía diabética y lesiones predisponentes al desprendimiento de retina.

²⁸ “Hipromelosa”, “Dorzolamida” y “Timolol”.

²⁹ Enfermedad crónica inflamatoria multifactorial de los párpados.

catarata en fecha 12 de febrero de 2015 en la UMAA 55 (265); habría posibilitado la valoración, integración diagnóstica y abordaje terapéutico oportunos del desgarro de retina del ojo derecho de [V] mejorando considerablemente con ello el pronóstico de la función visual al permitir una intervención quirúrgica dentro de los primeros 10 días posteriores al compromiso macular como lo establece la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Desprendimiento de Retina Regmatógeno no Traumático.”

82. Conforme a las notas médicas de AR1, la cirugía no se llevó a cabo el 12 de febrero de 2015 debido a que V fue “*rechazado por no cumplir con los criterios*” de la UMAA 265, sin que haya especificado a cuáles hacía referencia. No obstante de acuerdo a lo señalado por V, el criterio que se informó en ese momento, fue que se debía a su condición de seropositividad a VIH, con lo que se vulneró la salud y la función visual de V.

83. AR2 en su informe presentado a esta Comisión Nacional el 17 de marzo 2018, informó diversas razones por las que no se llevó a cabo la vitrectomía: 1.- El procedimiento de vitrectomía es un envío a tercer nivel. 2. El equipo para realizarla estaba fuera de servicio y 3. No contaban con los insumos necesarios. A su vez, en entrevista con este Organismo Nacional el 17 de junio de 2019, AR2 dijo que no se hizo el procedimiento porque V no cumplía los criterios de la UMAA 265, sin especificar cuales, y que se envió a tercer nivel.

84. Sin embargo, la información de que el equipo no servía y que no había insumos, no fueron los descritos dentro del expediente clínico ni en las notas médicas para considerarse como ciertos.

85. Por su parte AR1 manifestó en su informe presentado a esta Comisión Nacional el 17 de marzo de 2018, que el 12 de febrero de 2015 no se contaban con los insumos para realizar la vitrectomía, contradiciendo sus propias notas médicas de esa fecha, y en la nota de referencia que elaboró dirigida al HE2 en la que asentó

que no se había realizado el procedimiento porque V no cumplía los criterios de la Unidad por tener VIH, y que esto se comentó a la Coordinación, refiriendo a tercer nivel.

86. Al respecto, los criterios específicos para la realización de cirugías ambulatorias que establece la NOM-026-SSA3-2012 “*Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria*” en sus apartados 6.1 a 6.1.4 enumera las características con que deben contar los pacientes para ser candidatos a la realización de cirugía mayor ambulatoria³⁰; y dichas características son las siguientes:

- “*Que se haya llevado a cabo programación previa a la cirugía.*”
- “*Que la valoración preanestésica y de especialidades médicas, que resulten necesarias, se lleven a cabo dentro de los 5 días previos a la cirugía.*”
- “*Que el paciente se encuentre en un estado físico de I³¹ a II³² de la clasificación de ASA, especificada en el Apéndice A (Informativo).*”
- “*Que el paciente cuente con expediente clínico, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana...*”.

87. Resulta importante destacar que V contaba con todos los criterios previamente descritos que lo posicionaban como candidato a la cirugía mayor ambulatoria conforme a la referida norma oficial mexicana. Es decir, V era paciente apto de acuerdo a la solicitud del procedimiento quirúrgico de AR1, del 6 de febrero de 2015, siguiendo con esto las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica “*Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático*”, además se encontraron los consentimientos informados firmados por V y de la valoración preoperatoria de SP2, el 10 de febrero del mismo año, no diagnosticó algún

³⁰ Procedimiento quirúrgico que se lleve a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requiere cuidados posoperatorios especiales, no prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas a partir del ingreso a la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

³¹ Paciente saludable no sometido a cirugía electiva.

³² Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.

impedimento para llevar cabo la cirugía , lo que muestra que el procedimiento se planificó y se llevaría a cabo.

88. Adicionalmente, la misma NOM-026-SSA3-2012 refiere en sus apartados 6.4 al 6.4.7, los criterios de exclusión para la práctica de cirugía mayor ambulatoria, siendo los siguientes:

- “Necesidad de transfusión sanguínea.
- Necesidad de hospitalización.
- Empleo, durante tiempo prolongado de medicamentos potencializadores de los anestésicos.
- Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna
- Estado físico mayor de II de la clasificación de ASA.
- Paciente con enfermedad aguda intercurrente.
- Otras condiciones especiales que determine el cirujano o anesthesiólogo y que determinen la exclusión”.

89. De esta información, se destaca que V no contaba con alguna de las exclusiones previstas en los numerales precitados, que impidiera o aplazara la cirugía que se tenía programada por AR1 en la UMAA 265 el 12 de febrero de 2015.

90. Esta Comisión Nacional observa que dicha negativa, generó una dilación en la atención médica a V quien, hasta el 24 de febrero 2015, fue valorado por SP3 en el HE 2, y recibió la atención médica que requería en dicho hospital; para este momento habían transcurrido 18 días desde que AR1 indicó la cirugía y 12 días desde que fue rechazado en la UMAA 265 por padecer VIH. Es de destacar que esta dilación se suscitó a pesar de que AR1 en su nota de referencia al HE 2 estableció que era una situación médica urgente.

91. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la dilación en la atención médica entre el rechazo de la cirugía y la valoración en el HE 2, favoreció el desarrollo de ceguera de ojo derecho secundaria a desprendimiento de retina que presentaba V; ya que se excedieron los 10 días recomendados para la práctica de intervención quirúrgica que subsanaría el desprendimiento y favorecería la recuperación de la función visual, como lo señala la Guía Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.”*³³

92. Este Organismo Nacional destaca que el procedimiento de cirugía de cataratas que se llevaría a cabo el 19 de marzo de 2015 a V, no tenía como objetivo restaurar la vista del ojo derecho, debido a que el desprendimiento de retina para ese momento era permanente; no obstante, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se considera que la prescripción de retirarle las cataratas fue adecuada.

93. Este procedimiento que no se llevó el 19 de marzo de 2015, se debió a un desperfecto del foco en el equipo para realizar la facoemulsificación en la UMAA 265. Lo que implica que por segunda ocasión se le negó el servicio a V, situación que se confirma con lo descrito por AR1 en su nota de 24 de ese mismo mes y año y el informe presentado por AR2 ante este Organismo Nacional.

94. Es preciso mencionar que, con dicho desperfecto se incumple lo establecido en con el artículo 194, fracción II, de la Ley General de Salud al respecto del control sanitario necesario para el proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos; y con la NOM-016.-SSA3-2012 *“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”* en su apartado 5.1.13.1 sobre el mantenimiento del equipo médico; pero en el caso en concreto

³³ Pág. 15.

es indispensable advertir que, conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, dicho incumplimiento no influyó en la evolución clínica de V.

95. En lo relativo al resultado y atención de desarrollo de hipertensión ocular diagnosticada el 12 de mayo y 11 de julio de 2015, conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es posible concluir que el desprendimiento de la retina que sufrió V pudo ser uno de los factores que favoreció la hipertensión y el tratamiento médico para este diagnóstico fue el adecuado.

96. Sobre el pronóstico actual ocular de V, en su Opinión Médica, esta Comisión Nacional indica observa que es posible que V requerirá de seguimiento oftalmológico, con el objetivo de detectar oportunamente las lesiones que puedan predisponer el desprendimiento de retina de su ojo sano, el izquierdo y con ello evitar la pérdida de la función visual total; ya que este tipo de lesiones, ameritan un tratamiento y seguimiento especializado e individualizado de por vida.

97. Por lo anterior, este Organismo Constitucional considera que ese se acredita fehacientemente el rechazo de la cirugía de catarata y vitrectomía por padecer de VIH y sin justificación hacia V, ya que cumplía con todos los requisitos establecidos en la NOM-026-SSA3-2012 "*Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria*" lo cual vulneró el derecho de protección a la salud de V.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V.

98. La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

99. En el párrafo 92 de la Recomendación 81/2017, este Organismo Nacional estableció que este derecho es “[...] *aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero*”.

100. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: “[...] *la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana*”³⁴.

101. Además, ha sostenido que los Estados “[...] *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”³⁵.

102. Sobre el caso que nos ocupa, el 26 de diciembre de 2014 V presentó un desprendimiento de retina en el ojo derecho, el cual fue atendido adecuadamente de manera particular y en la UMAA 265 desde el 12 de enero hasta el 12 febrero de 2015, fecha en la que se rechazó injustificadamente la cirugía de cataratas y vitrectomía que AR1 había indicado desde el 6 de febrero del mismo año a V.

103. Además, se debe tomar en cuenta la dilación del HE 2 en la atención médica ocular que se llevó cabo el 24 de febrero del mismo año, provocando con ello se

³⁴ “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 117.

³⁵ “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 89.

excedieran los 10 días convenientes para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico ante el desprendimiento de retina que establece la Guía Práctica Clínica “*Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático*”. Estas omisiones generaron ocasionaron que V perdiera de manera permanente e irreparable la función visual del ojo derecho, por lo que esta Comisión Nacional considera que se le vulneró su derecho a la integridad física.

C. DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN.

104. El artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, prevé diversas obligaciones para las autoridades y el Estado, entre las que destacamos: a) el respeto a los derechos humanos, b) la protección más amplia de esos derechos; y, desde el ámbito de su respectiva competencia, el “*promover, proteger, respetar y garantizar los derechos humanos*” de todas las personas y con un énfasis particular en aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las personas que viven con VIH.

105. El núcleo esencial del derecho a la igualdad y no discriminación, implica que: “*Toda persona, sin distinción, tiene derecho a disfrutar todos los derechos humanos, incluidos el derecho a la igualdad de trato ante la ley y el derecho a ser protegido contra la discriminación por diversos motivos*”³⁶, entre ellos, la condición de salud por vivir con VIH.

106. El último párrafo del artículo 1° constitucional prohíbe “*...toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y*

³⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ficha de datos, Igualdad y no discriminación, Campaña Mundial de las Naciones Unidas contra la Homofobia y la Transfobia.

tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, esta premisa incluye la discriminación por condición de salud por vivir con VIH.

107. En relación con el derecho a la no discriminación, en la Recomendación General 8/2004, emitida por este Organismo Nacional, se advirtió que *“la comunidad internacional ha elaborado documentos declarativos, directrices y resoluciones en los que se han desarrollado de forma muy amplia los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA”,* y que *“si bien éstos no constituyen normas de observancia obligatoria, sí constituyen el marco doctrinal y los principios de actuación que deben formar las acciones y políticas que los Estados deben adoptar a fin de lograr la plena vigencia de los derechos humanos de quienes viven con VIH[...].”*³⁷

108. A nivel internacional, el derecho a la igualdad y no discriminación, se encuentra reconocido en los artículos 7 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; II de la Declaración Americana de los Derechos Humanos y Deberes del Hombre; 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas; y 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

109. Los artículos 1.1 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconocen que: *“Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho por igual a la protección de la ley”* y que: *“Los Estados Partes (...) se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos [en la Convención Americana sobre Derechos Humanos] y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, **sin discriminación** alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.*

³⁷CNDH. “Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen sida”, de 17 de septiembre de 2004, inciso C, p. 1.

110. La CrIDH consideró que: *“El artículo 1.1 de la Convención, que es una norma de carácter general cuyo contenido se extiende a todas las disposiciones del tratado, dispone la obligación de los Estado Parte de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidos ‘sin discriminación alguna’. Es decir, cualquiera sea el origen o la forma que asuma, todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención es per se incompatible con la misma”*³⁸. *“El incumplimiento por el Estado, mediante **cualquier tratamiento discriminatorio**, de la obligación general de respetar y garantizar los derechos humanos, le genera responsabilidad internacional. Es por ello que existe un vínculo indisoluble entre la obligación de respetar y garantizar los derechos humanos y el principio de igualdad y no discriminación”*³⁹.

111. El artículo 3 del Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), menciona que: *“Los Estados Partes (...) se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”*.

112. Conforme a los artículos 1, fracción III y 4 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, discriminación es *“...toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la*

³⁸ “Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica relacionada con la Naturalización”. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984, p. 53

³⁹ “Caso Duque vs. Colombia”. Sentencia de 26 de febrero de 2016, p. 93.

*edad, las discapacidades, la condición social, económica, **de salud** o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo...”.*

113. El derecho a la igualdad y no discriminación son principios y fundamentos de los derechos humanos, cuya función principal es proteger la dignidad humana. Al respecto, la CrIDH juzgó *“que la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación”*.⁴⁰

114. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha definido la discriminación como *“...toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas”*⁴¹.

115. En el derecho internacional de los derechos humanos, la importancia del derecho a la igualdad y no discriminación es trascendental para respetar y garantizar los derechos humanos, sin discriminación alguna y en una base de

⁴⁰ “Caso Duque vs. Colombia”, p. 91

⁴¹ Observación General 18, “No Discriminación”, p. 7, CrIDH “Caso Espinoza González vs. Perú”. Sentencia de 20 de noviembre de 2014, p. 216. 9 y CNDH. Recomendación General 8/2004, primer párrafo de Observaciones.

igualdad. La CrIDH ha sostenido que: *“En la actual etapa de la evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del ius cogens. Sobre él descansa el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y permea todo el ordenamiento jurídico”*⁴².

116. Para la Comisión Nacional es prioridad velar por la garantía y respeto de los derechos de las personas que, por su condición de salud y circunstancias, se encuentran en una situación de vulnerabilidad, como las personas que viven con VIH. Este grupo social ha sido históricamente discriminado porque, entre otras cuestiones, al estigma y prejuicios que existen en cuanto a esa condición de salud. Esta situación permite que se creen barreras u obstáculos que impiden el pleno goce de sus derechos humanos.

117. Es importante advertir que *“la intención de todas las disposiciones jurídicas, nacionales o internacionales, que reconocen la igualdad y prohíben la discriminación, es alcanzar siempre una ‘igualdad sustancial’, es decir, revertir efectivamente las desigualdades y remover los obstáculos que sean necesarios, a fin de garantizar a todas las personas el pleno ejercicio de sus derechos y libertades”*⁴³.

118. La CrIDH ha determinado: *“que una diferencia de trato es discriminatoria cuando la misma no tiene una justificación objetiva y razonable, es decir cuando no persigue un fin legítimo y no existe una relación razonable de proporcionalidad entre los medios utilizados y el fin perseguido”*⁴⁴. El Comité de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC), ha sostenido que: *“Los Estados a menudo se escudan en la protección de la salud pública para justificar restricciones de los derechos humanos relacionados con el*

⁴² “Caso Espinoza González vs. Perú”, párrafo 216.

⁴³ Diana Lara Espinosa, “Grupos en situación de vulnerabilidad”, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, p. 21, penúltimo párrafo. “Caso Gonzales Llu y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, pp. 236 y 237.

⁴⁴ “Caso Duque vs. Colombia”, p. 106, y Corte Europea de Derechos Humanos, “Caso D.H. y otros Vs. República Checa”, Demanda 57325/00. Sentencia de 13 de noviembre de 2007, p. 196.

*estado de salud de una persona. Sin embargo, muchas de esas restricciones son discriminatorias, por ejemplo, la de dispensar un trato distinto a una persona infectada por el VIH en lo que respecta al acceso a la educación, el empleo, la atención sanitaria, los viajes, la seguridad social, la vivienda o el asilo*⁴⁵.

119. En el presente caso, esta Comisión Nacional observa que V durante su atención médica en la UMAA 265 fue apropiada por parte de AR1, quien le practicó los procedimientos adecuados para el desprendimiento de retina que presentaba desde el 26 de diciembre de 2014. No obstante, el 12 de febrero de 2015, el procedimiento quirúrgico de vitrectomía y cirugía de catarata de ojo derecho no se llevó a cabo porque V fue rechazado por padecer VIH, según la nota **“NO CUMPLIA CON LOS CRITERIOS DE ESA UNIDAD”**.

120. Sobre los criterios de la UMAA 265, esta Comisión Nacional destaca que V en su escrito de queja acusó que la cirugía no se realizó debido a que tiene VIH, especificó que AR2 le comunicó que no le haría tal cirugía de cataratas y la vitrectomía porque los criterios así lo disponían, entregándole un documento que en el texto dice *“Criterios Generales de Referencia 2015”*, en donde se enlista una serie de requisitos, y en el punto 9 dice: *“No recibimos pacientes con discrasias sanguíneas, IHV (sic), hepatitis, hipo e hipertiroidismo y alergias, enfermedades mentales, síndromes, etc”*. Documento que fue presentado a esta Comisión Nacional por V.

121. En los referidos criterios entregados a V, se puede apreciar claramente una serie de padecimientos y enfermedades por las que la UMAA 265 no recibe a pacientes para atención, pero estos requisitos no están previstos en la NOM-026-SSA3-2012 *“Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria”*, como se apuntó anteriormente. Por lo que al no darse una causa de justificación para excluir a todas las personas que presenta tales enfermedades, implica que se les negó el servicio

⁴⁵ Observación General 20, *“La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales”*, de 2 de julio de 2009, p. 33.

y por lo tanto dichos criterios de referencia vulneraron el derecho a la igualdad y no discriminación.

122. Sobre el documento referido presentado por V con el fin de verificar que estos criterios de atención eran los que regían en la UMAA 265 al momento de los hechos, fue solicitado por esta Comisión Nacional al IMSS, en su versión vigente del 12 de febrero de 2015; sin embargo, estos no fueron proporcionados. Fue así que dicho Instituto solamente presentó los vigentes en 2018 y 2019. Por lo que conforme al párrafo segundo del artículo 114 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional, la queja de V se considera como cierta al respecto.

123. De la revisión de los criterios 2015, 2018 y 2019, se pudo observar que los criterios generales de referencia son:

2015 Presentada V	2018 Presentada por el IMSS	2019 Presentada por el IMSS
Criterios Generales de Referencia		
<ul style="list-style-type: none"> • Solo recibimos pacientes citados. • 4-30-8 con vigencia de derechos actualizada y firmada. • BH de rutina, QS y tiempos de coagulación (TP, TPT). • Pacientes mayores de 60 años con la valoración cardiológica preoperatoria. • En los menores de 40 años con la valoración cardiológica preoperatoria, 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo recibimos pacientes citados y agendados • 4-30-8 con vigencia de derechos actualizada y firmada. • BH de rutina, QS y tiempos de coagulación (TP, TPT). • Pacientes mayores de 60 y menos de 60 años con comorbidos agregados presentar valoración preoperatoria por medicina interna. • IMC por debajo de 40. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se recibe paciente citados y agendados. • 4-30-8 con vigencia de derechos actualizada y firmada. • BH de rutina, QS y tiempos de coagulación (TP, TPT). • Pacientes mayores de 60 y menos de 60 años con comorbidos agregados presentar valoración preoperatoria por medicina interna. • IMC por debajo de 40.

<p>ECG y tele torax en caso de comorbidos agregados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC por debajo de 40. • Pacientes ASA clase I y II en casos de envíos de pacientes con patología crónica como DM, HTA, ETC, referir pacientes estables y controlados, a excepción pacientes de oftalmología y urología en lo que se aceptaran pacientes controlados hasta ASA III. • Cuando se considere que esta mal valorado el envío y se crea que sea un riesgo mayor tendrá que ser valorador por anestesiólogo de la UMAA. • No recibimos pacientes con discrasias sanguíneas, HIV (sic) hepatitis, hipo e hipertiroidismo y alergias, enfermedades mentales, síndromes, etc. • Duración del acto quirúrgico menos de 90 min. • Pacientes mayores de 4 años de edad con peso mayor a 15 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ASA clase I y II, a excepción pacientes de oftalmología y urología en los que se aceptaran pacientes asa iii controlados y a criterio del anestesiólogo. • No ser pacientes en hemodiálisis con discrasias sanguíneas, HIV (sic), hepatitis, etc. • Duración del acto quirúrgico menos de 90 min. • Pacientes mayores de 16 años de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ASA clase I y II, a excepción pacientes de oftalmología y urología en los que se aceptaran pacientes asa iii controlados y a criterio del anestesiólogo. • No ser pacientes en hemodiálisis con discrasias sanguíneas, HIV (sic), hepatitis, etc. • Duración del acto quirúrgico menos de 90 min. • Ser mayor de 6 años de edad a excepción de quimioterapia y hemodiálisis que deben ser mayores de 16 años de edad.
--	--	--

124. De la información del cuadro anteriormente presentado, se observa que los criterios 2015 establecen en uno de sus puntos, que no se recibían pacientes con *“discrasias sanguíneas, HIV (sic) hepatitis, hipo e hipertiroidismo y alergias, enfermedades mentales, síndromes, etc”*, incumpliendo la NOM-026-SSA3-2012, *“Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria”*. En 2018 y 2019 el citado criterio ya no se encuentra.

125. Aun cuando el IMSS no presentó en su informe los criterios de referencia, AR2 envió a esta Comisión Nacional, mediante correo electrónico, los Criterios de Referencia de la citada unidad médica de 2015, mismo que se titula *“Unidad Médica de Atención Ambulatoria #265”* y en el apartado *“Criterios Generales de Referencia”* indica en su punto 9: *“No recibimos pacientes en hemodiálisis con discrasias sanguíneas, HIV, hepatitis, etc”*. Es decir, estos criterios son diferente a los presentados por V, a su vez, se puede observar que es idéntico a los establecidos en 2018 y 2019.

126. Sobre los criterios presentados por AR2, se destaca que estos presentan un logo utilizado por el IMSS durante el 2013⁴⁶, lo que pone en duda la veracidad del mismo.

127. Por lo anterior, este Organismo Público Autónomo considera que se vulneró el derecho a la igualdad y no discriminación a V por ser portador de VIH.

D. INCUMPLIMIENTO DE LA UMAA 265 EN LAS OBLIGACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

128. Sobre esta cuestión, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (Comité DESC), apunta que todos los

⁴⁶ *“El IMSS cumple 70 años y es hoy la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica”*, 19 de enero de 2013.

servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁴⁷.

129. En este sentido la disponibilidad se refiere a la “[...] existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud. En el caso en concreto la disponibilidad de un centro de salud es primordial para el desarrollo y bienestar de una colectividad, a fin de que se garantice su derecho a la protección de la salud; lo anterior implica que debe cumplir con las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias para la correcta prestación del servicio de salud”⁴⁸.

130. Por su parte el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, “[...]os establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría” que en el presente caso no ocurrió.

131. A su vez, implica el incumplimiento de la NOM-016-SSA3-2012, en su numerales 6.1, 6.5.2.3. y 6.5.2.3.1 previene que: “Las disposiciones de infraestructura y equipamiento, aplicarán en lo general, de acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad y capacidad de resolución que define el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y en lo particular, con las especificadas en esta norma”, además de que dichos nosocomios deberán contar con un “Área para estudios por ultrasonografía” y que “...para realizar estudios utilizando ultrasonido [...] debe tener acceso a un vestidor con sanitario y tener las dimensiones necesarias para la colocación del mobiliario y equipo...”.

⁴⁷ Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000, párrafo 12.

⁴⁸ CNDH. Recomendación 25/2018, párrafo 156.

132. Esta Comisión Nacional advierte que existió un incumplimiento de la UMAA 265 en las obligaciones de disponibilidad en los servicios de salud, respecto del tratamiento médico que se brindó a V el 19 de marzo de 2015, día en que se suspendió la cirugía de cataratas por el foco descompuesto del aparato para realizar la facoemulsificación. que aun cuando no derivó en la pérdida de la función visual del ojo derecho, evidencia la falta de accesibilidad a los servicios de salud por carencia de insumos básicos para la realización de cirugía de cataratas.

E. RESPONSABILIDAD.

133. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR2, incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones por no haber brindado adecuada atención médica a V el 12 de febrero de 2015, al rechazar realizar la cirugía de cataratas y vitrectomía, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en el apartado correspondiente, mismas que configuraron violaciones al derecho de protección a la salud, a la integridad, a la igualdad y no discriminación de V. De manera particular AR1 al ser la médica tratante tenía obligaciones específicas para proporcionar el tratamiento adecuado. Por su parte AR2, dado el cargo que poseía en 2015 tenía obligaciones concretas en el ejercicio de esa labor que recaen en su adecuado desempeño en la UMAA 265, por lo anterior, AR1 y AR2 incumplieron en sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidora pública, previstas en el artículo 8, fracciones I, IV, V, VII, XVII y XIX de la entonces aplicable Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, 1, 2, fracciones II y V, 23, 27, fracción III; 32 33, fracción II, así como 51 de la Ley General de Salud, en correlación con los artículos 8, fracción II, 9, 10, fracción I, 14, 19 48, 70, fracciones I y II, 71, 72, 73 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

134. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en

ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en el presente caso, así como en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República.

E.1 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

135. Esta Comisión Nacional, advirtió la carencia y la falta de funcionamiento del foco del equipo para realizar la facoemulsificación que se requería para realizar la cirugía de cataratas a V , razón por la que no se pudo llevar cabo en la UMAA 265 el 19 de marzo de 2015, lo cual es una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta las evidencias de la presente Recomendación, este Organismo Nacional considera que esto incumple con el adecuado deber de proporcionar atención médica, lo que constituye una falta en la garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias de los servicios de salud.

136. De igual manera, debe considerarse la dilación en la valoración al proporcionar la consulta de oftalmología en el HE 2, que sobrepasó los 10 días para llevar a cabo la vitrectomía, una vez que se estableció que estaba afectada el área macular, como lo indica, que indica la Guía Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno no traumático”*, lo anterior a pesar de que AR1 señaló en la casilla que la referencia de la UMAA 265 al HE 2 que era urgente. Esta dilación trajo como consecuencia que al momento de presentarse V a la consulta y de la valoración, se determinara que ya no era posible realizarle dicho procedimiento, lo que tuvo como resultado la pérdida de la función visual del ojo derecho. Por lo que se considera que hay responsabilidad institucional por proporcionarle la cita en el HE 2 sin haber tomado en cuenta la urgencia médica en la que se encontraba V.

137. También se aprecian violaciones a los derechos humanos de V en lo que respecta a los criterios de atención de la UMAA 265 en 2015, éstos al ser emitidos para el funcionamiento de forma institucional y que conforme al apartado de derecho a la igualdad y no discriminación, eran por si mismos discriminatorios contra las personas con VIH y con aquellas que tienen los padecimientos descritos, en virtud de que éstos no se encuentran **previstos** en los criterios de exclusión para la cirugía mayor ambulatoria por la NOM-026-SSA3-2012 en sus apartados 6.4 a 6.4.7, pero a pesar de estas circunstancias AR2 justificó el rechazo para los procedimientos quirúrgicos a V el 12 de febrero de 2015.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

138. De conformidad con los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño, por las violaciones a los derechos humanos de V que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

a) Medidas de rehabilitación.

139. De manera inmediata, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera V, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que

alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para la víctima. A su vez, de forma inmediata se proporcione la rehabilitación visual que requiere V, así como la atención médica para el ojo sano, el izquierdo, por personal médico especializado y de forma continua.

140. Además, se deberá dotar a la UMAA 265, en un plazo máximo de 6 meses de la infraestructura y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que se otorguen en ese nosocomio.

b) Medidas de satisfacción.

141. Se requiere que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2, por la violación a los derechos humanos a la protección a la salud, a la integridad, a la igualdad y no discriminación en agravio de V que derivaron en la pérdida permanente de la función visual del ojo derecho, así como para la debida integración de la denuncia que este Organismo Nacional presentará en la Fiscalía General de la República.

c) Garantías de no repetición.

142. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en todo el personal de la UMAA 265, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud de las personas con VIH; b) Derechos de las personas con VIH y no discriminación; c) obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud, y d) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a

los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

143. Adicionalmente en un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico de la UMAA 265, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

144. Además, deberán revisarse los criterios de atención de todas las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria para dar cumplimiento a la NOM-026-SSA3-2012, *“Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria”*, con el fin de que no contengan criterios discriminatorios.

d) Medidas de compensación.

145. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. En el presente caso el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá otorgar una compensación a V que resulte procedente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, por los hechos imputados a personal médico de dicha institución y quien resulte responsable, en los términos descritos en la presente Recomendación.

146. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, b) la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, c) los gastos efectuados con motivo de los hechos y d) las

consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

147. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, personas mayores, niños y niñas y personas en situación de pobreza).⁴⁹

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a V que incluya una compensación del fondo de reparación del daño, esto con motivo de la inadecuada atención médica y la violación al derecho a la integridad, a la igualdad y no discriminación de V, en términos de la Ley General de Víctimas, y se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionar atención médica, psicológica y de rehabilitación visual a V por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance su

⁴⁹ CrIDH. “Caso *Bulacio vs Argentina*”. Sentencia de 18 de septiembre de 20, pp. 80-104.

sanación física psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, a su vez se deberá otorgar la rehabilitación visual que requiere V, así como la atención médica para el ojo sano, el izquierdo, por personal médico especializado y de forma continua y en su caso la provisión de medicamentos, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la integración de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2, por las violaciones a los derechos humanos descritas y en la denuncia que se presentará ante la Fiscalía General de la República, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo no mayor a 3 meses contando a partir de la aceptación de esta recomendación, se revisen en el IMSS los criterios de atención de conformidad con la Constitución Política, las leyes y las normas oficiales mexicanas en materia de salud con el fin de que no contengan criterios discriminatorios y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1 y AR2 como constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de 2 meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico de la UMAA 265 en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan

brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan al personal médico y administrativo de la UMAA, los cursos de capacitación supracitados y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En el plazo de 6 meses, tome las medidas necesarias de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que la UMAA 265 cuente con los insumos necesarios, equipamiento e infraestructura, para brindar servicios médicos con calidad y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel con facultad de decisión quien sea el enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

148. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de 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, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

149. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días

hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

150. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ