



**RECOMENDACIÓN No. 23/2020**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, ADULTO MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 47 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**Ciudad de México, a 15 de Julio de 2020**

**MTRO. 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 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 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2019/5516/Q, sobre 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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 primer párrafo, segunda parte 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 compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
Q	Quejosa
V	Víctima
VI	Víctima Indirecta
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

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

NOMBRE	ACRÓNIMO
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Medicina Familiar número 162, del IMSS	UMF162
Hospital General de Zona No. 47, del IMSS, en Iztapalapa, Ciudad de México	HGZ47
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Guía de Práctica Clínica	GPC



## I. HECHOS.

5. El 12 de junio y 8 de julio de 2019, se recibieron en este Organismo Nacional las quejas de Q, mediante las cuales señaló que V, de 76 años de edad, el 29 de mayo de 2019 fue trasladado de la UMF 162 al área de urgencias del HGZ 47, por presentar insuficiencia renal, sin embargo, posteriormente AR1 cambió su diagnóstico al advertir un problema en el apéndice y finalmente en la vesícula, por lo que fue intervenido quirúrgicamente de ese último padecimiento; sin embargo, el 12 de junio del 2019 AR3, cuando aún se encontraba convaleciente, lo pretendían dar de alta a pesar de presentar inflamación en manos y pies, además de retener agua en su estómago, por lo que Q solicitó a AR1 y AR3 una revaloración y atención médica para V sin que se la hubiesen brindado.

6. Por lo expuesto el 12 de junio de 2019 personal de esta Comisión Nacional, estableció comunicación telefónica con servidores públicos del Área de Gestión inmediata de ese Instituto, a efecto de hacer del conocimiento la pretensión de Q, y en respuesta recibida el 14 de ese mismo mes y año, el IMSS señaló que en el HGZ 47 advirtieron que V retenía líquidos en el estómago, ya que no le funcionaba el hígado, por lo que se le brindó nota de alta, a fin de que fuera derivado a la UMF 162, para que se iniciara protocolo de atención a la especialidad correspondiente.

7. El 13 de junio de 2019, V fue dado de alta del Servicio de Cirugía General del HGZ 47 y trasladado en ambulancia a su domicilio, donde al día siguiente que falleció.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/5/2019/5516/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.



## II. EVIDENCIAS.

**9.** Actas Circunstanciadas, de 12 de junio de 2019, en la que se hace constar que se recibió llamada telefónica, así como mensaje por correo electrónico de Q, respectivamente, solicitando la intervención de esta Comisión Nacional al no brindarse atención médica a V, por parte de personal médico del HGZ 47 del IMSS.

**10.** Acta circunstanciada en la que consta la recepción del mensaje de correo electrónico, de 14 de junio de 2019, mediante el cual la División de Atención Ciudadana de la Coordinación de Atención y Orientación del IMSS, da respuesta a la solicitud de atención medica de esta Comisión Nacional, señalando que el 13 de junio ese año V presentó mejoría y fue dado de alta del HGZ 47.

**11.** Acta circunstanciada de 8 de julio de 2019, en la que se hace constar que este Organismo Nacional recibió correo electrónico de Q, mediante el cual hace del conocimiento que el 14 de junio de ese año, V falleció en su domicilio.

**12.** Acta circunstanciadas de 6 de septiembre de 2019, mediante la cual se estableció comunicación telefónica con Q, quien manifestó que por la muerte de V, el 9 de julio de ese año, interpuso queja administrativa ante el IMSS.

**13.** Oficio No. 095217614C21/3393, de fecha 22 de noviembre de 2019, a través del cual el IMSS da respuesta a la solicitud de información que se le requirió, y al que adjuntó copia certificada del expediente clínico de V, del que destacan:

**13.1.** Nota médica de evolución de 28 de mayo de 2019, realizada por SP1 en la UMF 162, mediante la cual se remite a V al HGZ 47, para su mejor manejo intrahospitalario, debido a que presentó diagnóstico de una *“probable sepsis con foco urinario, enfermedad renal crónica agudizada con síndrome urémico, probable desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y anemia moderada”*.



**13.2.** Nota médica inicial de Urgencias en el HGZ 47, de 29 de mayo de 2019, elaborada por SP2, en la que se advierte que solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General y realización de ultrasonido abdominal, para verificar las condiciones generales de V.

**13.3.** Nota médica de interconsulta y post-operatoria de V, suscritas por AR1 y AR2, médico cirujano y anesthesióloga, respectivamente, del 29 de mayo de 2019.

**13.4.** Nota médica de evolución y valoración elaborada por SP3, el 31 de mayo de 2019, en la cual solicitó derivación de V, a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ 47.

**13.5.** Notas médicas de evolución de V, realizadas por AR1, del 1 al 5 de junio de 2019, donde consecutivamente reporta a V con mejoría y procede a su extubamiento.

**13.6.** Notas médicas de evolución de V, elaboradas por SP4 y SP5, de 7 de junio de 2019, en la cual solicitan la valoración de V, por parte del Servicio de Nefrología del HGZ 47.

**13.7.** Notas médicas de evolución de V, del 8 al 13 de junio de ese año, signadas por AR1 y AR3, en la que reportan mejoría de V, y en la última fecha lo dan de alta del HGZ 47.

**13.8.** Oficio No. 2019/JGC/agosto010/2019, de 7 de agosto de 2019, signado por el Jefe de Cirugía General adscrito al HGZ 47, en el cual se remitió el resumen clínico de V y tal servidor público vertió su opinión técnica médica acerca de la atención brindada a V en dicho Servicio.

**13.9.** Oficio No. Dir.3801 04.0260 200/003253/DIR.199/2019, de 13 de noviembre de 2019, suscrito por la directora del HGZ 47, donde refirió nombres, matrícula, categoría y adscripción de AR1, AR2 y AR3, así como de



SP1, SP2 y SP3, personal médico adscrito a dicho nosocomio que participaron en la atención médica brindada a V.

**14.** Oficio No. 095217614C21/0367, de fecha 7 de febrero de 2020, mediante el cual el IMSS informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de su H. Consejo Consultivo, determinó en sesión de 18 de septiembre de 2019 que la queja médica relativa a V era improcedente y en cuanto a la destitución del personal involucrado, el caso fue turnado al Área de Investigaciones Laborales para su investigación, a través de memorándum interno 38 90 01 05 1100/Q/DGPP/2019/491, el 29 de julio de 2019.

**15.** Dictamen Médico de 27 de febrero de 2020, en la que un especialista de esta Comisión Nacional, estableció las consideraciones respecto de las omisiones e inadecuada atención médica que se le proporcionó a V.

**16.** Acta circunstanciada, de 10 de abril de 2020, mediante la cual Q hizo del conocimiento de esta Comisión Nacional que el 16 de octubre de 2019, interpuso recurso en contra de la referida resolución del H. Consejo Consultivo del IMSS.

**17.** Acta circunstanciada de 19 de junio de 2020, en la que se hace constar que personal de esta Organismo Nacional estableció comunicación telefónica con Q, quien indicó que a esa fecha, el recurso que interpuso en contra de la determinación del IMSS no ha sido resuelto y que tampoco ha denunciado los hechos ante un Ministerio Público.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**18.** El 12 de junio de 2019, Q presentó queja vía telefónica ante este Organismo Nacional, la cual en su momento fue ratificada y ampliada con motivo de la atención médica proporcionada a V, y su posterior fallecimiento.



**19.** El 18 de septiembre de 2019, el caso de V, fue sometido a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, en términos del instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas de ese Instituto, a petición de Q, instancia que resolvió improcedente desde el punto de vista médico, considerando que la atención institucional que se le brindó a V fue oportuna, adecuada y de calidad idónea, indicando a su vez que, el 26 de julio de 2019, a través de memorándum interno 38 90 01 05 1100/Q/DGPP/2019/491, se turnó el caso al Área de Investigaciones Laborales, para que considere realizar la investigación correspondiente, no obrando constancia alguna que permita observar la determinación que se hubiera emitido al respecto.

**20.** A la fecha de la elaboración de la presente Recomendación, no se tiene constancia alguna de que se hubiese iniciado una carpeta de investigación con motivo de los hechos materia de la queja.

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

**21.** Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/5516/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V, por una responsabilidad de tipo institucional, atribuible al IMSS, así como por la negligencia y omisión de AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General y Anestesiología del HGZ 47, que contribuyó al deterioro de su estado de salud, trayendo como consecuencia su fallecimiento; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:



**A. Situación de vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas.**

**22.** La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”<sup>1</sup> A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

**23.** La CrIDH, 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”.<sup>2</sup>

**24.** En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”<sup>3</sup>

**25.** La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad.”

---

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

<sup>2</sup> CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

<sup>3</sup> Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).



**26.** A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.<sup>4</sup> Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.<sup>5</sup>

**27.** En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.<sup>6</sup>

**28.** Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, considera que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.<sup>7</sup>

**29.** La diabetes es definida como aquella “*enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza*

---

<sup>4</sup> OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>5</sup> OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

<sup>6</sup> IMSS, “*Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017*”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40.

<sup>7</sup> CNDH. Recomendación 82/2019.



*por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”<sup>8</sup>*

**30.** El Informe Mundial sobre la Diabetes, de la OMS, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”<sup>9</sup>*

**31.** La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes<sup>10</sup>, así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), destacando las recomendaciones sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención; diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos, entre otras.<sup>11</sup>

**32.** Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.<sup>12</sup>

**33.** En el presente caso esta Comisión Nacional advirtió que el 29 de mayo de 2019 V, fue trasladado de la UMF 162 al área de urgencias del HGZ 47, mediante la *“nota médica de evolución”* elaborada por SP1 de fecha 28 de mayo de 2019, donde se

---

<sup>8</sup> Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, numeral 3.20.

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

<sup>10</sup> Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...; op. cit.*

<sup>11</sup> Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud, con el siguiente link: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=5223](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223).

<sup>12</sup> CNDH. Recomendaciones 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018; 49/2017; 9/2017 y 24/2015.



integró el diagnóstico de una **“probable sepsis con foco urinario, enfermedad renal crónica agudizada con síndrome urémico, probable desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y anemia moderada”**, como apoyo para protocolo de estudio y manejo especializado intrahospitalario del padecimiento.

**34.** A las 13:04 horas de ese mismo día, a través de la *“hoja de Triage y nota inicial de urgencias”*, elaborada por SP2, se tiene constancia del ingreso de V al HGZ 47, señalando como antecedentes personales patológicos, portador de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución sin tratamiento farmacológico e hipertensión arterial sistémica, momento en que SP2 advirtió que las condiciones de su ingreso fueron consideradas graves, por presentar datos clínicos de **“estado de choque”** caracterizado por hipotensión arterial (80/50 mmHg) y taquicardia (frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto), lo que ameritó una clasificación de *“II. Naranja”* que indicaba una prioridad en su atención, aunado a que SP2, integró la misma sospecha diagnóstica con la que había sido referido por SP1 un día previo, **“sepsis de origen urinario, diabetes mellitus... enfermedad renal a estadificar e hipertensión arterial”**.

**35.** Sin embargo, no obra constancia alguna que acredite un manejo multidisciplinario para la atención de V, siendo intervenido quirúrgicamente ese mismo día por AR1 y AR2, sin que estos le hubiesen requirieron una atención integral, a pesar de la obligación que tenían de garantizar el máximo respeto a los derechos humanos de V, en el caso específico el de la protección de la salud, al no haber solicitado al Servicio de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología, respectivamente su valoración preoperatoria, ni haberle realizado a V los estudios clínicos y/o de gabinete previos para verificar sus condiciones de salud antes de ser intervenido, a sabiendas de que contaban con el antecedente de diagnóstico desde la UMF 162 de padecer diabetes mellitus 2 descontrolada e hipertensión arterial de larga evolución, además de daño renal crónico, colocándolo en una situación de especial vulnerabilidad y riesgo, durante el evento quirúrgico y post- operatorio, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

## B. Derecho a la Protección de la Salud.

36. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel<sup>13</sup>.

37. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*<sup>14</sup>.

38. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*<sup>15</sup>

39. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

---

<sup>13</sup> CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

<sup>14</sup> **Artículo 1o. Bis.**- *Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

<sup>15</sup> El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSERVACION GENERAL 14.

**40.** La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección<sup>16</sup>, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “...*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, por lo que para garantizarlos, el Estado, a través de sus instituciones, debe otorgarlos con calidad, debiéndose comprender calidad como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

**41.** Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una 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, aceptabilidad, y calidad*”<sup>17</sup>.

**42.** En la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, del 23 de abril de 2009, ha señalado 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*”. La protección a la salud “ (...) *es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.*” Se advirtió, además, que “*el derecho a exigir un sistema capaz de*

---

<sup>16</sup> “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

<sup>17</sup> CNDH. Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la Salud*”, párr. 24.



*proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.*

**43.** En el presente asunto, como ya se expuso en párrafos precedentes, el 29 de mayo de 2019, V fue trasladado de la UMF 162 al Área de Urgencias del HGZ 47, por **“probable sepsis con foco urinario, enfermedad renal crónica agudizada con síndrome urémico, probable desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y anemia moderada”**, según lo precisó SP1, en su nota médica de 28 de ese mismo mes y año, para apoyo en practicarle protocolo de estudio y manejo especializado intrahospitalario del padecimiento.

**44.** De acuerdo a la *“hoja de Triage y nota inicial de urgencias”*, suscrita por SP2 se tiene constancia del ingreso de V al HGZ 47, con datos clínicos de un **“estado de choque”** caracterizado por hipotensión arterial (80/50 mmHg) y taquicardia (frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto) a la valoración inicial, lo que ameritó una clasificación de *“II. Naranja”* que indicaba una prioridad en su atención.

**45.** En la misma nota SP2 señaló como antecedentes personales patológicos de V, ser portador de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución sin tratamiento farmacológico e hipertensión arterial sistémica en control a base de metoprolol y losartan. Y además que los síntomas que motivaron la solicitud de la atención médica especializada radicaban en la presencia de **“...dolor abdominal tipo cólico, de 24 horas de evolución localizado en fosa iliaca y flanco derecho, sin irradiación...”**.

**46.** A través de la exploración física de V, SP2 detectó palidez generalizada de piel y conjuntivas, así como datos de deshidratación leve. A nivel abdominal con presencia de dolor a la palpación en flanco derecho de predominio en los **“puntos ureterales”**, integrando la misma sospecha diagnóstica con la que había sido referido: **“sepsis de origen urinario, diabetes mellitus... enfermedad renal a estadificar e hipertensión arterial”**. Como parte de la justificación diagnóstica de

la sepsis, se menciona la presencia de **leucocitosis**<sup>18</sup>. Ante las condiciones clínicas ya referidas, tomó la decisión de iniciar tratamiento en “área de choque” a base de terapia hídrica y antibiótico; por lo que a las 16:00 horas del mismo día, SP2 solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General y realización de ultrasonido abdominal.

**47.** En la nota médica del Servicio de Cirugía General realizada por AR1, de 29 de mayo de 2019, a las 17:00 horas se valoró a V a petición del Servicio de Urgencias, hasta ese momento tratante y en la que según lo expresó AR1, V contaba con un cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, caracterizado por dolor en “**...flanco y fosa iliaca derecha...**”, sin mejoría a pesar del manejo médico hasta ese momento establecido. AR1 también detectó datos de **irritación peritoneal**<sup>19</sup> que, junto con los resultados de laboratorio y placa simple de abdomen, orientaron la sospecha diagnóstica de una “**apendicitis**”, solicitando intervenir quirúrgicamente.

**48.** A las 20:30 horas del mismo 29 de mayo de 2019, se tiene registro a través de la “nota post-quirúrgica” de AR1 de la realización a V de una “**...Laparoscopia diagnóstica...**”, la cual reportó: “**...colecistectomía laparoscópica convertida más apendicectomía incidental...**”.

**49.** De acuerdo a la constancia médica de 29 de mayo de 2019, emitida por AR2, médica especialista en anestesiología, el estado clínico post-quirúrgico inmediato de V fue considerado grave, dentro de las complicaciones trans-anestésicas presentadas tuvo un “**...estado de choque grado IV...**”, secundario a la hemorragia durante el evento quirúrgico, cuyo manejo requirió de administración de soluciones y transfusión de un paquete globular. El diagnóstico postquirúrgico lo refiere como “**...choque hipovolémico G III ...**”.

---

<sup>18</sup> **LEUCOCITOSIS:** Es el aumento en el número de células de glóbulos blancos de la sangre (leucocitos). Se dice que hay leucocitosis cuando la cifra de glóbulos blancos es superior a 11 000 por mm<sup>3</sup>.

<sup>19</sup> **IRRITACIÓN PERITONEAL:** Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico.



50. En el dictamen médico emitido por el especialista de esta Comisión Nacional, se indica que la **laparoscopia** es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducidas por orificios en el abdomen, teniendo la finalidad de observar los órganos intrabdominales. Dentro de las indicaciones de esta técnica se encuentran los casos de **abdomen agudo** con diagnóstico incierto, para el abordaje de las patologías quirúrgicas que requieran exploración quirúrgica de emergencia, siempre y cuando **la estabilidad hemodinámica del paciente lo permita**.

51. En este sentido, de acuerdo con el cuadro clínico descrito por AR1, el padecimiento de V reunía criterios para integrar un **“abdomen agudo”** susceptible de manejo quirúrgico, debido a que presentó dolor abdominal de instauración reciente, además tenía datos de irritación peritoneal con **rebote positivo**<sup>20</sup> y repercusión en el estado general, sin embargo, no se encontró dicho hallazgo, pero sí datos de ulceración de vesícula.

52. De igual manera, en dicho dictamen médico de esta Comisión Nacional se indicó que en la GPC *“Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el adulto”*, sugiere la realización de auxiliares diagnósticos dirigidos a detectar patología intraperitoneal, con la finalidad de conocer el órgano involucrado en la causa del padecimiento. Entre los estudios de gabinete no invasivos se encuentran el **“ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética”**.

53. En el caso que nos ocupa se puede advertir que, dentro de las indicaciones realizadas por SP2 del servicio de Urgencias, se encontraba la *“realización de un ultrasonido abdominal”*, sin embargo, no existe evidencia alguna de su realización. Dicho estudio, según la GPC de *“Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis”*<sup>21</sup> es considerado un auxiliar muy efectivo, logrando una exactitud en el

---

<sup>20</sup> **SIGNO DE REBOTE:** También conocido como **SIGNO DE BLUMBERG**, es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal. Puede ser característico, en la fosa ilíaca derecha, por ejemplo, de una apendicitis.

<sup>21</sup> La existencia de cálculos o piedras dentro de la vesícula biliar.





diagnóstico de colecistitis hasta de un 95% a 99%. Por tanto, ambas Guías de Práctica Clínica establecen la necesidad de la realización de un ultrasonido abdominal ante un cuadro de dolor abdominal susceptible de manejo quirúrgico urgente, con la finalidad de integrar un adecuado diagnóstico preoperatorio y una acertada cirugía proyectada, disminuyendo con ello el riesgo de complicaciones trans y post-operatorias.

**54.** Por lo expuesto, de acuerdo a lo establecido en la GPC de *“Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el adulto”*, las condiciones clínicas de V como la inestabilidad hemodinámica persistente, el estado de choque y la peritonitis que cursaba, contraindicaban de manera absoluta la realización de una *“laparoscopia diagnóstica”*, más bien, conforme lo señala el especialista de esta Comisión Nacional, su manejo debió ser mediante una laparotomía para no poner en riesgo su estado hemodinámico.

**55.** En el dictamen médico realizado por especialista de este Organismo Nacional se indicó que no hay evidencia alguna de que se hubiese solicitado valoración preoperatoria a los servicios de Medicina Interna y/o Cardiología. Según lo referido en la GPC de *“Valoración Preoperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto”*, dicha evaluación tiene por objeto el señalar el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan pre, trans y post- operatorio con fines de reducir las complicaciones de un evento quirúrgico, llevado por un equipo multidisciplinario relacionado al procedimiento operatorio, luego entonces, al no haberse realizado tal evaluación se puso a V en una situación de riesgo durante y post a la operación a la que fue sometido, lo que conllevó necesariamente al deterioro gradual de su salud.

**56.** Por lo anterior, esta Comisión Nacional concluye que desde el punto de vista médico legal, durante el periodo post-operatorio inmediato por parte de AR1, así como de AR2, fue inadecuada para la colecistitis que finalmente padecía, incurriendo en negligencia por omisión e inobservancia a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-006-SSA3-2011 y NOM-025-SSA3-2013, *“Para la práctica de la anestesiología”* y *“Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos”*,

*respectivamente*, al no supervisar adecuadamente su estado de salud, el cual como ya quedó establecido se encontraba grave. Además, por no haberse realizado el traslado de V a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, para su mejor manejo del periodo post-operatorio inmediato complicado por el que cursaba, como debería hacerse en estos casos, ya que al contrario de esto, fue remitido a piso de hospitalización, haciendo evidente la negligencia en la que incurrieron AR1 y AR2, toda vez que es una obligación de los médicos tratantes el **“...evaluar, indicar y vigilar el traslado del paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos, donde deberá ser presentado y entregado directamente al personal médico correspondiente...<sup>22</sup>”**.

**57.** La anterior aseveración se refuerza con lo expuesto en la nota de valoración de 31 de mayo de 2019, elaborada por SP3 del HGZ 47 a las 13:10 horas, (adscrito al Servicio de Nefrología), quien estaba a cargo del Servicio de Cirugía General en ese momento, quien advirtió que las condiciones clínicas generales por las que V cursaba eran con persistencia de daño a nivel de la función renal, mencionando que éste requería de **“terapia de reemplazo de la función renal TRFR<sup>23</sup>”**, sugiriendo **“traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos”**, lo que en ningún momento sucedió.

**58.** Sin embargo, y a pesar de lo anterior, de acuerdo a las *“notas médicas de evolución”* del Servicio de Cirugía General suscritas por AR1, las condiciones generales de V fueron hacia la mejoría, suspendiendo de manera progresiva su sedación y el apoyo de medicamentos **vasopresores<sup>24</sup>**, hasta lograr su extubación el 5 de junio de 2019; pero, sin que se le efectuara una valoración por parte de un especialista en Medicina Interna, para corroborar dicha situación, ni tampoco su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos sugerida por SP3.

---

<sup>22</sup> Numeral 12.3 y correlativos de la *Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología*.

<sup>23</sup> **TRFR (Terapia de Reemplazo de la Función Renal)**: Recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.

<sup>24</sup> **VASOPRESOR**: Es un **fármaco** que causa un aumento en la presión arterial. Se utilizan con éxito para aumentar la presión arterial, para revertir la insuficiencia circulatoria en cuidados intensivos.

**59.** Además, posterior a su extubación V fue valorado por SP4 y SP5, del Servicio de Cirugía General, el 7 de junio de esa anualidad, quienes lo encontraron despierto, con apoyo de oxígeno por mascarilla y saturando al 87%. A la exploración física lo observaron con disminución de los ruidos respiratorios (murmullo vesicular) a la auscultación torácica de predominio de lado izquierdo. A nivel abdominal con herida quirúrgica sin alteración y los movimientos intestinales disminuidos. También reportaron edema a nivel de los miembros pélvicos abarcando pies, piernas y rodillas. Con base a los resultados de laboratorio, ambos especialistas determinaron persistencia de disminución de la función renal, siendo esto corroborado al realizar el cálculo de la tasa de filtración glomerular que arrojó un resultado de 21 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

**60.** Al respecto en la GPC *“Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, la *“Enfermedad Renal Crónica”* es la presencia durante al menos 3 meses de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

**61.** En el dictamen médico de esta Comisión Nacional se indicó que, existían criterios para establecer que V, contaba con una enfermedad renal crónica, acompañada de alteraciones de índole hidroelectrolítico comprobado por resultado de electrolitos séricos. Los diagnósticos que establecieron SP4 y SP5 el 7 de junio de 2019, para referir tal condición fueron:

- Desequilibrio hidroelectrolítico por hipernatremia hiperosmolar hipervolémica severa (pérdida de agua o aumento de sodio en la sangre) e hipercloremia severa crónica (disminución de la excreción renal)
- Anemia
- Síndrome urémico (trastorno que ocurre generalmente cuando una infección en el aparato digestivo produce sustancias tóxicas).
- Acidosis metabólica con alcalosis respiratorio como trastorno secundario (acumulación de toxinas del cuerpo, insuficiencia hepática)
- Diabetes mellitus descontrolada

62. En el citado dictamen, se demostró que la evolución de V no reportaba mejoría, sino al contrario persistía con “... **síndrome urémico grave, con sobrecarga de volumen sin respuesta al tratamiento implementado por medicina interna, hiperkalemia y acidosis metabólica...**”, situaciones que ameritaban el inicio de diálisis peritoneal o hemodiálisis según lo establecido en la GPC “*Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*”.

63. Asimismo, el especialista de esta Comisión Nacional agregó que una vez que se le efectuó a V la cirugía abdominal, era necesario el manejo terapéutico a base de hemodiálisis, por lo que se debió realizar una nueva interconsulta al servicio de Nefrología según lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, “*Para la práctica de la hemodiálisis*”.

64. De acuerdo a la constancia médica de 8 de junio de 2019, suscrita por AR1 éste refirió en sus notas médicas de evolución, que el paciente “...*cursaba con mejoría clínica*”, por lo que AR3 adscrito al Servicio de Cirugía General decidió su egreso el 12 de ese mismo mes y año.

65. Sobre el particular, el especialista médico de esta Comisión Nacional, indicó que no existe evidencia de que AR1 y AR3 hayan solicitado nuevamente valoración por los Servicios de Medicina Interna y Nefrología, situaciones que eran extremadamente necesarias para haberle brindado a V la posibilidad urgente de recibir terapia de reemplazo de la función renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis). Es por ello, que se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que la atención médica otorgada en el servicio de Cirugía General durante el periodo post-operatorio mediato, fue inadecuado al incurrir en negligencia por omisión al no solicitar nueva evaluación por los Servicios de Medicina Interna y Nefrología, y al permitir su egreso prematuro de V de ese nosocomio, lo que se refuerza con el dicho de Q, quien expresó que al momento de que V fuera trasladado en ambulancia a su domicilio empeoró drásticamente su estado físico, falleciendo al día siguiente.

**66.** De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3, transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a su negligencia, al omitir llevar a cabo los medios auxiliares diagnósticos como el ultrasonido abdominal o la tomografía axial computarizada de abdomen, que hubieran permitido integrar un adecuado diagnóstico prequirúrgico acerca de las condiciones de V; también al omitir la valoración preoperatoria a los servicios de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología, lo que impidió la creación de un plan de acciones a realizar antes, durante y posterior al evento quirúrgico, con la finalidad de reducir al máximo el riesgo de complicaciones en la salud de V.

**67.** Es de resaltar el hecho de que al realizarle a V una “*laparoscopia diagnóstico/terapéutica*”, AR1 y AR2 incurrieron en negligencia toda vez que tal procedimiento está contraindicado de forma absoluta, en las circunstancias en las que se encontraba V, como lo eran la inestabilidad hemodinámica persistente, estado de choque y peritonitis que cursaba, conforme a lo establecido en la GPC de “*Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el adulto*”; además de omitir e inobservar las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-006-SSA3-2011 y NOM-025-SSA3-2013; al no realizar el traslado de V a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos para manejo del periodo post-operatorio inmediato complicado por el que se encontraba; contribuyendo con ello en el deterioro de su estado de salud; AR1 y AR3 omitieron solicitar valoración subsecuente de V por los servicios de Medicina Interna y Nefrología, realizando un egreso precipitado, lo cual generó el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.



### **C. Situación de vulnerabilidad de los adultos mayores.**

**68.** Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 76 años de edad, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HGZ 47.

**69.** El derecho al trato digno se refiere a la prerrogativa que tiene toda persona a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar reconocidas por el orden jurídico. Implica un derecho para el titular que tiene como contrapartida la obligación de todo servidor público de omitir las conductas sobre tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, que coloquen a la persona en la condición de no hacer efectivos sus derechos, teniéndose como bien jurídico protegido un trato respetuoso dentro de las condiciones mínimas de bienestar.

**70.** Este derecho está reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos. El artículo 1° constitucional, párrafo quinto, dispone que queda prohibido cualquier acto que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Los artículos 11.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y el 1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, precisan que toda persona tiene derecho a recibir un trato digno, por lo que se deben promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.

**71.** Asimismo, los artículos 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos



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

**72.** A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: “*Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad*”; y en el diverso 4, fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “*...aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores*”.

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



**74.** Partiendo de ello, el personal médico del HGZ 47, al momento de ofrecerle a V atención médica, debió tener en cuenta que se trataba de una persona de 76 años de edad, que se encontraba en una condición de vulnerabilidad y que, por tanto, la atención médica proporcionada tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata, contrario a ello AR1, AR2 y AR3 contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara como se ha señalado con antelación.

**75.** El artículo 10 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores refiere que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, la atención médica brindada a V por el personal médico del HGZ 47 fue inadecuada por las razones antes apuntadas.

#### **D. Derecho a la Vida.**

**76.** Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia por omisión, descritas en los párrafos que anteceden, esta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la mejoría en el estado de salud de V, lo cual tuvo como consumación la falta de un diagnóstico cierto y el tratamiento correspondiente, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

**77.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de



sus instituciones, respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

**78.** La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio<sup>25</sup>, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

**79.** Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”*<sup>26</sup>.

**80.** Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

<sup>26</sup> SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24.

<sup>27</sup> CNDH. Recomendación 75/2017, párr. 61.



**81.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR1, AR2 y AR3, del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

**82.** Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2 y AR3, incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo a su vez con lo dispuesto en el “Código de conducta para el personal de Salud 2002”, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2 y 3, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”.*

**83.** Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, AR1, AR2 y AR3, omitieron considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrieron en una falta atención adecuada y oportuna a su padecimiento de falla renal, que en el caso ameritaba el procedimiento de diálisis o hemodialisis, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro del estado de salud del paciente y en su fallecimiento.

#### **E. Responsabilidad Institucional.**

**84.** Además de las responsabilidades en que incurrieron de manera individual AR1, AR2 y AR3, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en el HGZ 47 del IMSS, prevaleció una problemática que desarrolló y



propició la violación a derechos humanos, a la protección de la salud y a la vida de V, dando lugar a una responsabilidad institucional.

**85.** Esta Comisión Nacional estima conveniente reiterar que la atención médica y quirúrgica que recibió V desde el 29 de mayo hasta el 12 de junio de 2019, en el HGZ 47, no fue manejada por un equipo multidisciplinario que el caso lo ameritaba, por el contrario, solo fue atendido por AR1, AR2 y AR3, sin que exista evidencia alguna que se haya referido a V, conforme las solicitudes de atención solicitadas por SP3, SP4 y SP5, aunado a que ese Instituto omitió justificar su no remisión.

**86.** En efecto, en el presente caso, SP3, SP4 y SP5, en sus notas médicas de atención, solicitaron en su momento la referencia de V, a la Unidad de Cuidados Intensivos, así como al Servicio de Nefrología, sin que se advierta por parte de ese Instituto la justificación de su no derivación.

**87.** En el dictamen médico de este Organismo Nacional se precisó que de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se señala que *“en los establecimientos de atención médica, deberá contarse con personal suficiente e idóneo, así como con recursos físicos, tecnológicos y humanos”* (artículos 21 y 26). En el mismo sentido, dicho Reglamento en su artículo 74, establece: *“...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”*. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al no efectuarse las valoraciones solicitadas a través de interconsulta al Servicio de Nefrología, misma situación ocurrió en la solicitud de su valoración e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos que SP3 requirió el día 31 de mayo de 2019.

**88.** Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V, y las irregularidades señaladas en el párrafo



precedente, debido a la omisión por parte del IMSS de dotar al HGZ 47 del personal médico profesional para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó negligencia en el diagnóstico y tratamiento oportuno para atender las múltiples afecciones que padeció V.

**89.** Por tanto, la falta de personal médico especializado y áreas de cuidados intensivos implicó responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

#### **F. Derecho de acceso a la información en materia de salud.**

**90.** El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

**91.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.<sup>28</sup>

**92.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el*

---

<sup>28</sup> CNDH. Recomendación 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.



*derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.*<sup>29</sup>

**93.** En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional, consideró que, *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*<sup>30</sup>

**94.** Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente advierte que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

**95.** Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que, el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.

---

<sup>29</sup> Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

<sup>30</sup> CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.



**96.** También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>31</sup>

**97.** Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 75/2017, 1/2018, 52/2018, 73/2018, 77/2018, 1/2019, 3/2019, 8/2019, 21/2019 y 26/2019.

**98.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGZ 47, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán

---

<sup>31</sup> CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**99.** Tal como lo evidenció el especialista en medicina de este Organismo Nacional, existió inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” tanto por AR1, AR2, AR3 (Cirugía General), así como por los servicios interconsultantes SP3, SP4 y SP5 (Nefrología y Medicina Interna), debido a que en diversas notas médicas se omitió plasmar el nombre completo y firma del médico que elaboró la nota médica correspondiente; algunas de ellas ilegibles, sin manifestar nombre del paciente y servicio, así como abuso de abreviaturas.

**100.** La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.<sup>32</sup>

## **V. RESPONSABILIDAD.**

**101.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por la falta de brindar una atención médica adecuada conforme a las múltiples afecciones que sufría V, además del cúmulo de factores que implicaron un deterioro gradual de la salud de V, como el haber sido objeto de una laparoscopia, a pesar de contar con una inestabilidad hemodinámica, estado de choque y peritonitis; aunado al no haberle realizado a tiempo el procedimiento de hemodiálisis, por lo que el padecimiento evolucionó con

---

<sup>32</sup> CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74.



la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

**102.** Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2 y AR3 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

**103.** Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas en el HG 47, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

**104.** En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, 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 este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.





## VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

**105.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

**106.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir tanto a Q, como a sus familiares VI1, VI2, VI3 y VI4, y a quienes acrediten el derecho, en el Registro Nacional de Víctimas



a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

**107.** Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

#### **i. Rehabilitación.**

**108.** De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a Q, VI1, VI2, VI3 y VI4, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas.

**109.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos.

#### **ii. Satisfacción.**

**110.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones



judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

### **iii. Medidas de no repetición.**

**111.** Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, responsabilidad profesional, trato digno a las y los pacientes, así como la debida observancia y contenido de las NOM y Guías Médicas mencionadas en la presente, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en las Recomendaciones Generales 15 y 29, el cual estará dirigido a todo el personal médico y de enfermería del HG 47, en particular a AR1, AR2 y AR3, 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.

### **iv. Compensación.**

**112.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V de conformidad con las consideraciones expuestas,



para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones.

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

## VII. 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 por los daños causados a Q, VI1, VI2, VI3, VI4 y familiares que acrediten el derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica que derivo en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social contra AR1, AR2 y AR3 por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y de enfermería del HGZ 47, en particular a AR1, AR2 y AR3, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los



del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Ciudad de México, particularmente del HGZ 47, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitían a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

**QUINTA.** Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

**113.** La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**114.** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del



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

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

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

**LA PRESIDENTA**

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**