



RECOMENDACIÓN No. 35 /2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ADULTA MAYOR, EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD 25 Y HOSPITAL GENERAL DE ZONA 17 DEL IMSS, EN MONTERREY, NUEVO LÉON.

Ciudad de México, a 31 de agosto 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/5/2018/8428/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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 2/38

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, y expedientes son los siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejosa/víctima.
V	Víctima
AR	Autoridad responsable.
SP	Persona servidora pública.

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

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste, del IMSS en Monterrey, Nuevo León.	UMAE-25
Hospital General de Zona No. 17 del IMSS, en Monterrey, Nuevo León.	HGZ-17
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN.



NOMBRE	CLAVE
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.	NOM-Expediente.
Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto.”	Guía Clínica -Sepsis y Choque Séptico.

I. HECHOS.

5. El 22 de noviembre de 2018, se recibió en este Organismo Nacional la queja de QV, quien señaló que su madre, V1, de 63 años de edad, estaba internada en la UMAE-25, del IMSS en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, desde hacía dos semanas, toda vez que presentaba una *“infección severa y perforación de intestino”*, debido a una mala praxis en la cirugía que se realizó en el mismo nosocomio, un mes atrás, para extraerle *“cálculos de la vesícula”*, por lo que requería atención médica urgente, sin que se la proporcionaran y temía por su salud.

6. Por lo expuesto, el 22 de noviembre de 2018 un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, estableció comunicación telefónica con una persona servidora pública del Área de Gestión del IMSS, a quien se hizo de su conocimiento el contenido de la queja formulada por QV. En respuesta, mediante correo electrónico de la misma fecha, el IMSS informó que V1 fue valorada por un cirujano y que al día siguiente se realizaría una cirugía exploratoria.

7. El 23 de noviembre de 2018, a través de comunicación electrónica el IMSS hizo del conocimiento de este Organismo Nacional que V1 salió del quirófano, que se encontraba en la cama 9 del Servicio de Cuidados Intensivos y su estado de salud se reportaba como grave.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/5/2018/8428/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. Acta Circunstanciada de 22 de noviembre de 2018, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción de la queja formulada por QV.

10. Acta Circunstanciada de 26 de noviembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción de dos mensajes de correo electrónico del IMSS, a través de los cuales se proporcionó información sobre el estado de salud de V1.

11. Oficio 095217614C21/3314 de 27 de diciembre de 2018, a través del cual el IMSS remitió copia del informe rendido por el Jefe del Servicio de Urología de la UMAE-25, en el que se precisó cronológicamente la atención médica otorgada a V1 en esa Unidad Médica.

12. Oficio 095217614C21/66 de 11 de enero de 2019, mediante el cual el IMSS, envió copia del expediente clínico integrado por la atención médica brindada a V1 en la UMAE-25.

13. Acta Circunstanciada de 2 de diciembre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que mediante comunicación electrónica de esa fecha, se solicitó al Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS copia de diversas constancias del expediente clínico integrado a V1 en la UMAE-25, así como del similar formado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el HGZ-17.

14. Actas Circunstanciadas de 7 y 14 de enero, 11 y 25 de febrero de 2020, en las que constan diversas gestiones realizadas por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional con personal del IMSS, a fin de que se proporcionara la información requerida a través de comunicación electrónica de 2 de diciembre de 2019.

15. Oficio 095217614C21/487 de 17 de febrero de 2020, al cual el IMSS adjuntó copia de la siguiente documentación:

- 15.1.** Nota médica del alta de V1, de fecha 22 de noviembre de 2018, emitida por el Servicio de Urología de la UMAE- 25.
- 15.2.** Nota médica de 4 de diciembre de 2018, elaborada por el Servicio de Cirugía del HGZ-17, relativa a la atención médica otorgada a V1.
- 16.** Oficio 095217614C21/626 de 9 de marzo de 2020, a través del cual el IMSS remitió copia de las siguientes constancias:
- 16.1.** Hoja de Alta Hospitalaria por defunción de V1, de 4 de diciembre de 2018, elaborada por el Servicio de Cirugía del HGZ-17.
- 16.2.** Certificado de defunción de V1, en el que se asentó como motivo de fallecimiento: choque séptico y absceso retroperitoneal.
- 17.** Acta Circunstanciada de 8 de agosto de 2020, con la que se certificó la recepción de la copia del expediente clínico integrado en el HGZ-17 por la atención médica otorgada a V1, y se informó que con motivo de los hechos materia de la queja se inició la Investigación Médica.
- 18.** Dictamen médico de 18 de agosto de 2020, emitido por un especialista de esta Comisión Nacional respecto a la atención brindada a V1 en la UMAE- 25 y en el HGZ-17.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

- 19.** El 12 de febrero de 2020, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, en términos del instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas del IMSS, inició el expediente de Investigación Médica, el cual, a la fecha del presente pronunciamiento se encuentra en trámite.
- 20.** A la fecha de emisión de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna que evidencie que se hubiese iniciado procedimiento administrativo ante el

Órgano Interno de Control en el IMSS, o alguna 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/5/2018/8428/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 violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida, en agravio de V1, atribuibles a personal médico de la UMAE-25 y del HGZ-17 del IMSS en Monterrey, Nuevo León.

22. A continuación, se analizará la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas que sufren de enfermedades crónicas en México, respecto del derecho humano de protección a la salud.

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

23. 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.”*¹ 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.

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

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.”*²

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] vulnerab[ilidad].”*

26. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.³ 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.⁴

27. Al respecto, 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.⁵

28. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, en sus numeral 3.4, establecen como meta *“reducir en un tercio*

² Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

³ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

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

⁵ 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.

la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.”

29. En ese sentido, esta Comisión Nacional 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, por que 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.

30. 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 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.”*⁶

31. El Informe Mundial sobre la Diabetes 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.”*⁷

32. Con base en lo anterior, el personal médico de la UMAE-25 y del HGZ-17 del IMSS en Monterrey, Nuevo León, al momento de ofrecerle a V1 atención médica, debió tener en cuenta que se trataba de una persona que se encontraba en una

⁶ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

⁷ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

condición de vulnerabilidad, ya que padecía diversas enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica⁸, y litiasis renal⁹, y que, por tanto, dicha atención tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata; contrario a ello AR1, AR2, AR3 y AR4, así como los médicos adscritos al Servicio de Medicina Interna del HGZ-17, que valoraron a la V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, ocasionaron un retraso para establecer un diagnóstico temprano, lo que impidió que se otorgara el tratamiento quirúrgico oportuno, contribuyendo a que su estado de salud se deteriorara, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

B. Derecho a la protección de la salud.

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

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

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

⁸ Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

⁹ Enfermedad caracterizada por la aparición de cálculos en el aparato urinario superior. La manifestación más frecuente de esta patología es el cólico nefrítico.

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

37. La SCJN¹⁰ ha establecido en jurisprudencia firme que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud se encuentra el disfrute de los 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.

38. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V1 en cada una de las unidades médicas del IMSS involucradas.

❖ **Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste, en Monterrey, Nuevo León.**

39. De los expedientes clínicos de V1 se advierte que contaba con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica con 12 años de evolución, así como obesidad grado II y litiasis renal izquierda de 4 meses de diagnóstico en protocolo de estudio, antecedente quirúrgico de colescistectomía convencional¹¹

¹⁰ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009. "DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD." Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164, registro 167530.

¹¹ Intervención quirúrgica para extirpar la vesícula biliar.

hace 35 años y oclusión tubarica bilateral¹², siendo en 2018 cuando su estado de salud entró en deterioro.

40. En el resumen clínico del 3 de mayo de 2018, elaborado por el Servicio de Urología de la UMAE-25, se indicó que V1 fue enviada por la Unidad de Medicina Familiar para su valoración por contar con el antecedente de padecer en múltiples ocasiones infección de vías urinarias complicada y litiasis renal izquierda, así como haber sido hospitalizada, tres semanas antes, en esa unidad, por patología urinaria.

41. Asimismo, se describió el resultado de la tomografía realizada a V1 el 24 de abril de 2018, en la que se observó “...riñón izquierdo con ectasia leve, presencia de litio piélico [cálculo o piedras en el riñón] de 3.5x1.9 cm y en colector superior de 1.62x1.2 cm...”; comentándole que el tratamiento médico para esa patología era quirúrgico y se indicó iniciar con el protocolo de estudios respectivo.

42. El 22 de octubre de 2018, V1 ingresó al Servicio de Urología de la UMAE-25, donde al día siguiente se realizó el procedimiento programado de nefrolitotomía anatómica izquierda (cirugía que se utiliza para extraer los cálculos renales, cuando no se pueden eliminar por sí solos), en el que no se presentaron complicaciones y se le suministraron antibióticos de amplio espectro, solicitando también la realización estudios de laboratorio de control.

43. En la Nota de Alta del Servicio de Urología, elaborada a las 13:39 horas del 28 de octubre de 2018, AR1 describió a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales, asintomática, afebril, tolerando la vía oral, resto sin alteraciones; también señaló que durante la estancia intrahospitalaria presentó mejoría clínica al reportarse asintomática, con herida quirúrgica bien afrontada y con catéter doble J¹³ permeable,

¹² Método de anticoncepción permanente o definitiva.

¹³ Es una sonda de fino calibre diseñado para ser colocado dentro del uréter (generalmente desde la vejiga a través de la uretra, con anestesia local) y asegurar el paso de orina desde el riñón hasta la vejiga (catéter doble J) o hasta el exterior (catéter simple), a pesar de la existencia de determinadas enfermedades del uréter o sus alrededores que dificulten esta función.

otorgando egreso hospitalario con medidas de seguimiento en caso de presentar alguna complicación.

44. El 29 de octubre de 2018 V1 acudió al Servicio de Admisión Continua, toda vez que desde que fue dada de alta presentaba sangrado por la herida quirúrgica, área en la que se le colocó catéter doble J, siendo necesario recambio de gasas, presentando ese día debilidad generalizada y tendencia a la somnolencia, estableciéndose como plan: laboratorios de ingreso, reanimación hídrica e interconsulta con Urología.

45. Al día siguiente, SP1, del Servicio de Medicina Interna señaló en la nota de valoración que durante la guardia nocturna V1 presentó datos de choque hipovolémico que se caracteriza con pérdida de sangre, taquicardia (incremento de la frecuencia cardíaca), alteración en la presión arterial y respiratoria, por lo que indicó manejo con soluciones intravenosas y transfusión sanguínea, así como efectuar estudios de laboratorio de control e interconsulta con la especialidad de Urología.

46. Ese mismo día, a las 16:20 horas del 30 de octubre de 2018, V1 fue valorada por AR2, quien, de acuerdo con lo asentado en el Resumen del Interrogatorio del Servicio de Urología, señaló que V1 presentaba: “...*herida quirúrgica de lumbotomía izquierda con dehiscencia de su tercio posterior, aponeurosis íntegra, exudado serohemático abundante, no fétido...*”, por lo que indicó su ingreso a ese Servicio para protocolo de estudio.

47. A las 05:22 horas del 31 de octubre de 2018, AR1 valoró de nueva cuenta a V1, asentando en la nota de evolución respectiva que tenía el abdomen con dolor moderado a la palpación con herida quirúrgica de lumbotomía izquierda con dehiscencia (complicación quirúrgica en la que se separa o se abre repentinamente, por lo regular sobre la línea de sutura) en su tercio posterior con exudado serohemática abundante, no fétido, también describió los estudios sanguíneos que se le efectuaron a V1 del 30 y 31 de octubre 2018, con elevación de leucocitos y disminución de la hemoglobina, por lo que se indicó transfusión de hemoderivados.

48. El 31 de octubre de 2018, SP2, del Servicio de Urología revisó a V1, determinando que se requería realizar una exploración quirúrgica, para valorar el origen del sangrado, dando la indicación de pasarla a quirófano cuando fuera requerida. En la nota de descripción técnica, sin poder establecer la hora, ya que no fue registrada, en el apartado de hallazgos, se reportó “...*la presencia de hematoma perirrenal de aproximado 300cc, hematoma conformado en pelvis renal de aprox 500 cc, riñón hipo per fundido con abundante sangrado en capa...*”, asimismo se asentó que realizó procedimiento quirúrgico de nefrectomía simple izquierda (cirugía para extraer un riñón completo o solo parte de él), sin complicaciones ni incidentes.

49. En el dictamen emitido por un especialista de esta Comisión Nacional, se explicó que la literatura médica especializada establece que si bien la nefrolitotomía anatrófica es una de las técnicas indicadas para la extracción de litos o cálculos renales que llega a alcanzar tasas de éxito del 80-100% en un solo procedimiento, también lo es que se pueden presentar complicaciones como en todo acto quirúrgico, siendo en este caso una complicación mayor la nefrectomía.

50. Asimismo, señaló que debido a que durante el transoperatorio de la nefrectomía a la que fue sometida presentó isquemia prolongada y en el postquirúrgico hematuria espontánea anemizante, siendo ésta segunda complicación la causa por la que se le extirpó el riñón izquierdo, quedó evidenciado que cuando reingresó a la UMAE-25, presentaba hematuria macroscópica (orina que se observa de color rojiza) por lo cual le realizaron estudios de laboratorio, que demostraron una anemia de 6.1 g/dL (normal 12-15) y datos de choque hipovolémico.

51. En el dictamen médico de esta Comisión Nacional se determinó que la extracción del riñón izquierdo estaba justificada, debido a que V1 presentó una de las complicaciones que se puede producir en este tipo de técnica quirúrgica, tal y como se indica en la bibliografía médica especializada, no siendo como consecuencia de alguna mala técnica quirúrgica o por impericia por parte del médico que efectuó la cirugía de nefrolitotomía anatrófica el 23 de octubre de 2018.

52. En la Nota de evolución del 1 de noviembre de 2018, a las 04:56 horas, AR1, indicó que V1 estaba alerta, tranquila, cooperadora, el abdomen lo describió con herida sin sangrado, y reportó los estudios sanguíneos realizados el 31 de octubre del mismo año, e indicó la transfusión de hemoderivados.

53. AR2 en la Nota de evolución del 2 de noviembre de 2018, a las 04:39 horas, registró que V1 presentaba dolor en sitio de la herida quirúrgica, sin embargo se había encontrado afebril, tolerando la vía oral, observando que los signos vitales estaban fuera de los rangos normales; la orina continuaba drenando tinte hemático; el abdomen lo describió globoso a expensas de panículo adiposo con herida y salida de exudado no purulento; por lo que indicó continuar con antibiótico de amplio espectro ceftriaxona¹⁴, y refirió los resultados de los estudios sanguíneos que el 30 y 31 de octubre de ese año previamente ya se le habían hecho.

54. En la Nota de Alta de Urología, de las 19:30 horas del 2 de noviembre de 2018, AR1 señaló que V1 tenía una adecuada evolución clínica y sin complicaciones intrahospitalarias; describiendo nuevamente los resultados sanguíneos antes descritos, anotando que se otorgaba alta, sin embargo, no egresó ese día, sin que obre en el expediente clínico alguna observación al respecto.

55. Al día siguiente, a las 09:30 horas, V1 fue valorada nuevamente por AR1, quien indicó que presentó síntomas respiratorios (tos con expectoración hialina), que continuaba con dolor leve en la herida quirúrgica, y toleraba adecuadamente la vía oral; percibiendo la presencia de sibilancias mínimas en la zona superior del pulmón de lado derecho, por lo que indicó continuar con tratamiento antibiótico y valorar la pre alta hospitalaria.

56. AR1 revisó a V1 el 04 de noviembre del 2018, a las 08:49 horas, asentando en la Nota de evolución que continuaba con dolor en sitio de la herida quirúrgica; también observó adecuada mejoría con respecto a los síntomas en la región cardiopulmonar; describió el abdomen con herida quirúrgica con leve exudado no

¹⁴ Indicada en el tratamiento de las infecciones moderadas a graves, simples o mixtas, causadas por cepas sensibles.

purulento; reportando otra vez los resultados de laboratorio de fechas 30 y 31 de octubre del ese año, señalando valorar el alta hospitalaria, sin embargo, no existe evidencia en el expediente médico clínico en la que se refiera el día exacto de su egreso hospitalario, lo que contraviene lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-Del expediente, así como el artículo 8° del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que decreta: *“El personal de salud...(...)...deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes.”*

57. De lo anterior, se advierte que AR1 y AR2, registraron en sus notas de evolución de los días 1, 2, 3 y 4 de noviembre de 2018, los mismos resultados de estudios de laboratorio de fechas 30 y 31 de octubre de ese año, los cuales reportaban valores de leucocitos de 13.9 y 18.3 (normal 4.5-11) y disminución de hemoglobina 6.1 y 6.2 (normal 12-15), respectivamente, fuera del rango de lo normal, lo que significaba que V1 tenía un proceso infeccioso y anemia, respectivamente.

58. Al respecto, el especialista de este Organismo Nacional expuso que en la literatura médica especializada se refiere que debe realizarse un seguimiento de control para conocer el avance clínico y médico a través de estudios de laboratorio, entre otros, una biometría hemática¹⁵, con fines diagnósticos, pronósticos, indicadores de severidad y monitoreo de tratamiento según sea el cuadro clínico, lo que no aconteció durante el periodo indicado.

59. En virtud de lo expuesto, en el citado dictamen médico el especialista de este Organismo Nacional consideró que AR1 y AR2 incurrieron en negligencia por omisión, toda vez que no solicitaron estudios de laboratorio de control (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos) que eran necesarios para valorar la evolución de V1, ya que recibía constantemente transfusiones de hemoderivados. Aunado a ello, estableció que AR1 dio de alta a la agraviada de forma precipitada,

¹⁵ Examen que se hace a la sangre e inspecciona las células que la componen y están presentes en ella como los glóbulos rojos, encargados transportar oxígeno; los glóbulos blancos, que combaten infecciones, y las plaquetas, que detienen hemorragias mediante la formación coágulos.

dado que después de su egreso, del cual no se cuenta con la nota de alta respectiva, continuo con malestar general, como náuseas, anorexia y descenso de peso.

❖ **Hospital General de Zona No. 17 en Monterrey, Nuevo León.**

60. Al continuar V1 con dolor abdominal, el 11 de noviembre de 2018 ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-17, siendo valorada a las 20:13 horas por SP3, quien la reportó con hipotensión (presión arterial anormalmente baja), hematuria (presencia de sangre en la orina) por bolsa colectora de orina (osteoma), abdomen distendido con edema de pared, siendo diagnosticada con dolor en estudio, postoperada de nefrectomía, solicitándose estudios de laboratorio de control y gabinete, tales como biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, así como ultrasonido renal.

61. Al día siguiente, con el resultado de los estudios de laboratorio y con reporte de ultrasonido de riñón derecho con ectasia (dilatación) leve, vejiga con imágenes sugestivas de coágulos, SP4 dio la indicación de ingresar a V1 al piso de Medicina Interna, con los diagnósticos de post operada de nefrectomía izquierda, insuficiencia renal crónica probablemente agudizada, anemia secundaria a hematuria macroscópica e infección urinaria probablemente urosepsis (infecciones graves y generalizadas que asocian un foco infeccioso a nivel del aparato urinario).

62. En la nota de urgencias del 13 de noviembre de 2018, a las 13:00 horas, se asentó que V1 presentaba abdomen con edema de pared y extremidades con edema (+++), escaso liquido en la bolsa colectora de orina, en herida de penrose, que había sido retirado recientemente, aun con salida de material serohemático; solicitando interconsulta al Servicio de Urología, con los diagnósticos de probable sepsis origen urinario, falla renal aguda, cistocclisis disfuncional, ignorándose el estado de salud de la V1 del 14 de noviembre, ya que no obra en el expediente nota médica de ese día.

63. En el dictamen médico emitido por un especialista de este Organismo Nacional se estableció que la atención brindada a V1 en el Servicio de Urgencias del HGZ-17, fue adecuada, ya que una vez que ingresó al mismo, se inició el protocolo respectivo,

por medio de estudios de laboratorio y gabinete, cuyo resultado se obtuvo al día siguiente, identificándose hasta ese momento la presencia de una infección de vías urinarias, así como leucocitos de 24,100 (aumento de leucocitos por arriba de los 11 mil), y por medio de ultrasonido renal la presencia de dilatación del riñón derecho y presencia de coágulos en la vejiga.

64. El 15 de noviembre de 2018, V1 fue valorada por el Servicio de Medicina Interna, ignorándose el nombre del médico ya que no es legible en la nota correspondiente, en la que asentó el reporte de laboratorios con una Leucocitosis de 28,700, hemoglobina de 8, hematocrito de 23, plaquetas de 32,4400, glucosa 59, por lo que se trataba de paciente con infección de vías urinarias baja complicada, así como lesión renal aguda con desequilibrio hidroelectrolítico, con anemia Grado II, dando la indicación de continuar con antibioticoterapia, hidratación, tratamiento antihiperkalemia y de lesión renal aguda. El 16 del mismo mes, dicho Servicio la reportó somnolienta, con hipoventilación bibasal, señalando seguir con antibiótico y manejo integral.

65. El 17 de noviembre de 2018, AR3, valoró por primera vez a V1, registrando en la nota médica que estaba neurológicamente íntegra, orientada sin datos de focalización, campos pulmonares sin estertores agregados, abdomen con edema de pared, predominio hemiabdomen derecho, blando, no doloroso a palpación, peristalsis disminuida en frecuencia, sin rebote, extremidades con edema (++) y reporte de laboratorios del 16 del mismo mes y año, con leucocitosis de 19.8, hemoglobina de 7.1, plaquetas de 193 mil, glucosa de 90 y que en base a ultrasonido de fecha 12 de noviembre 2018, presentaba una vejiga retencionista y coágulos en su interior, hemodinámicamente estable, con sepsis de foco urinario con hematuria, pendiente hemotransfudir 1 paquete globular y envió a Urología de la UMAE-25 para revaloración de hematuria, así como continuar con antibioticoterapia empírica y sonda urinaria de 3 vías.

66. El 18 de noviembre de 2018, AR3 reportó a V1 en las mismas condiciones del día anterior, agregando en la nota que el Servicio de Cirugía por tercera vez descartó

abordaje quirúrgico sugiriendo continuar con manejo médico, sin embargo, en el expediente clínico no obran las valoraciones de Cirugía General, a las que hizo referencia.

67. El 19 y 20 de ese mes y año, personal del Servicio de Medicina Interna, de los cuales se ignora el nombre por ser ilegible en sus respectivas notas, señalaron que V1 presentaba dificultad para respirar (disnea) en reposo, somnolienta, con crépitos bilaterales y edema de miembros inferiores, indicando catéter sellado y modificación del antibiótico por presencia de gastritis y absceso en cavidad abdominal.

68. En la nota médica del 21 de noviembre de 2018, a las 11:20 horas, sin que se pueda identificar al médico, por estar ilegible, se indicó que V1 estaba somnolienta, con picos febriles, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen doloroso a la palpación, nefrectomía con ligera secreción serohemática y con reporte de laboratorio con una leucocitosis de 35,000, hemoglobina de 8.2 y plaquetas de 189,700, por lo que se requirió interconsulta al Servicio de Cirugía General para drenaje de absceso.

69. En el dictamen emitido por el especialista de este Organismo Nacional, se estableció que la atención médica que le brindaron a V1, AR3 y los médicos adscritos al Servicio de Medicina Interna, que no es posible identificar, por lo ilegible de las notas médicas, fue inadecuada, dado que desde el 17 de noviembre de 2018, que AR3 reportó una leucocitosis de 19,800, con estudios realizados el día anterior, posteriormente no se señaló en las notas médicas de ese servicio, control de laboratorio para seguimiento de la leucocitosis, siendo hasta el día 21 del mismo mes que se reportó una leucocitosis de 35,000, es decir que en el transcurso de 4 días se incrementó de forma importante el número de leucocitos.

70. El especialista señaló que la Guía de Práctica Clínica de Sepsis Grave y Choque Séptico, recomienda que para confirmar o descartar el diagnóstico de síndrome de respuesta inflamatoria aguda y los procesos sépticos, además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de leucocitosis mayor de 12,000 leucos, por lo que en el caso de V1, necesariamente se tuvo que haber

llevado un seguimiento más estricto en relación a la solicitud y registro de los leucocitos, siendo evidente que ante esta falta de seguimiento, se incrementó de forma importante la leucocitosis que padeció, lo cual trajo como consecuencia que el proceso séptico con el cual cursaba no fuera adecuadamente monitoreado ni controlado, incurriendo con ello AR3 y los médicos que le brindaron atención del 16 al 20 de noviembre de 2018, todos del Servicio de Medicina Interna, en negligencia por omisión por no haber actualizado los estudios de laboratorio de control, lo que produjo un deterioro del estado de salud de V1, ya que el 19 y 20 del mismo mes, presentó datos de dificultad respiratoria, somnolencia, debilidad y absceso en cavidad abdominal.

71. El especialista de este Organismo Nacional destacó que como lo establece la citada guía, es de vital importancia identificar la etiología de la sepsis, por lo que se necesita contar con 2 o más hemocultivos y otros cultivos, de acuerdo a la sospecha de su origen, concluyendo que a V1 se le tuvo que haber tomado tales cultivos de la secreción de la herida quirúrgica de la nefrectomía, lo cual omitió solicitar el personal médico del Servicio de Medicina Interna, desde que V1 ingresó, el 15 de noviembre hasta el 21 de noviembre de 2018, fecha en la que el Servicio de Cirugía General se hizo cargo de ella, reportándola en franco deterioro de su estado de salud, ya que se encontraba estuporosa, sin respuesta verbal ni a estímulos.

72. Por lo anterior, en el dictamen aludido, se estableció que la inadecuada atención que le brindó a V1 por el Servicio de Medicina Interna, ocasionó un retraso para brindar un diagnóstico de certeza temprano lo que impidió proporcionar un tratamiento quirúrgico oportuno, que trajo como consecuencia el deterioro de su estado de salud, contribuyendo posteriormente a su fallecimiento, debido a un choque séptico por al absceso abdominal que se le produjo.

73. El 21 de noviembre de 2018, a las 17:20 horas AR4, señaló haber acudido para referir a V1 al Servicio de Urología de la UMAE-25, por los hallazgos de la tomografía, asentando que en ese momento estaba estuporosa, sin respuesta verbal ni a

estímulos, abdomen con obesidad, salida de material a través de herida quirúrgica y celulitis de pared.

74. Por ello, al día siguiente, V1 fue valorada a las 18:58 horas, en la UMAE-25, precisándose en la nota de evolución y actualización de cuadro clínico elaborada por AR1, que estaba en malas condiciones generales, con salida por fístula cutánea de material intestinal franco y con una Leucocitosis de 43,400, hemoglobina de 7.9, plaquetas de 270, glucosa de 192, estableciendo que se trataba de paciente sin patología urológica en ese momento, con cuadro de probable perforación intestinal y fístula enterocutánea, con síndrome de respuesta inflamatoria, por lo que ameritaba manejo urgente por el Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina en su unidad de adscripción, dándola de alta de Urología de la UMAE-25, y envió urgente al HGZ 17.

75. V1 ingresó de nueva cuenta al HGZ-17, siendo valorada a las 22:00 horas, ese mismo día por AR4, quien señaló que la había enviado a valoración de Urología ya que el padecimiento actual tenía evidentemente relación con el procedimiento realizado por ese Servicio, programando laparotomía exploradora.

76. En la Hoja de registro de intervención quirúrgica del 23 de noviembre de 2018, se estableció como diagnóstico posoperatorio absceso retroperitoneal y apendicitis reactiva, asimismo se indicó que se llevó a cabo drenaje de absceso y apendicetomía con colocación drenajes.

77. Después de la cirugía, a las 17:50 horas V1 fue llevada a la Unidad de Cuidados Intensivos, registrándose en la nota de ingreso que estaba con sedación e Intubada, saturación del 98%, murmullo vesicular sin fenómenos agregados, adecuada entrada y salida de aire sonda, integrando los diagnósticos de choque séptico abdominal extra biliar en paciente crítico, postoperada de lavado de cavidad, obesidad exógena grado 3, diabetes mellitus en descontrol e hipertensión arterial, para lo cual le brindarían terapia por medio de la administración de soluciones cristaloides para manejo de choque, antibiótico a base de carbapenemico y fluconazol ajustado a dosis renal, con toma de laboratorios de control, así como gasometrías arterial y venosa, reportándola muy grave.

78. Por lo expuesto, el especialista de este Organismo Nacional determinó que la atención médica que le otorgó AR4 a la agraviada, fue inadecuada, dado que únicamente se limitó a reportar que acudía para realizar el envío de la V1 a la UMAE-25 para valoración por el Servicio de Urología por los hallazgos de la tomografía, sin que le hubiese realizado una adecuada exploración física, tampoco tomó en consideración los resultados de estudios de laboratorios previos, los cuales ya reportaban un incremento importante de la Leucocitosis, lo que indicaba que estaba cursando con un proceso séptico grave, y que por medio de la citada tomografía se demostraba que dicho proceso séptico era de origen abdominal, por la presencia del absceso en cavidad abdominal, y que necesariamente desde ese día, tendría que haberse programado la realización de una laparotomía exploradora para drenar el referido absceso, en lugar de haberla referido a la UMAE-25.

79. En ese dictamen también se puntualizó que, según se establece en la literatura médica, el tratamiento de los abscesos intraabdominales de las dimensiones que fueron reportadas en el caso de V1, (1800cc) requieren de drenaje por medio de cirugía urgente, pero AR4 no lo realizó, incurriendo en negligencia por omisión, lo que ocasionó un retraso en el tratamiento especializado y quirúrgico que derivó en el deterioro de su estado de salud, que contribuyó posteriormente con su fallecimiento.

80. Durante la estancia de V1 en la Unidad de Cuidados Intensivos ocurrida del 23 al 30 de noviembre de 2018, ante la sospecha de lesión vesical por gastos por penrose se le sometió de emergencia a re-intervención quirúrgica, sin poderse documentar probable sitio de lesión, únicamente múltiples adherencias; evolucionando con estabilidad clínica, mejoría hemodinámica, progreso respiratorio y extubación; sin embargo con drenaje alto y de aspecto urinario por penrose derecho, realizando estudio contrastado de radiología (cistograma de llenado) considerándose fuga ureteral y/o vesical, por lo que se solicitó nueva valoración por Urología el 24 de noviembre de 2018, quienes concluyeron que si bien en el estudio contrastado se observó distensión de paredes vesicales y trayecto en dirección a penrose derecho con paso de medio de contraste, pero sin reflujo vesico-ureteral, el

manejo sería de forma conservadora con sonda urinaria y drenaje con tiempo de espera de recuperación de 3 semanas.

81. El 29 de noviembre de 2018, al advertirse salida de material intestinal por penrose derecho, V1 fue sometida a revisión quirúrgica por el Servicio de Cirugía General el cual no documentó perforación intestinal, solo líquido de aspecto urinario en retroperitoneo, realizando únicamente lavado de cavidad, con mejoría clínica, por tal motivo el día 30 de noviembre de ese año, la dieron de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, ingresando al Servicio de Cirugía General, en condición delicada, sin soporte respiratorio ni hemodinámico, pero altamente vulnerable, con problema infeccioso abdominal y con riesgo potencial de aumento de severidad.

82. En la Nota de Ingreso a Cirugía General suscrita por SP5, a las 16:40 horas, se indicó que V1 se encontraba estable con tendencia a la taquicardia, oxígeno con mascarilla, reporte de fiebre ese día por la mañana, abdomen con herida quirúrgica abierta y limpia, penrose derecho con gasto de orina 3470 cc, el flanco izquierdo con fistula entero cutánea (35 cc) y que continuaba bajo manejo conservador en ayuno, nutrición parenteral y curaciones en cama de herida quirúrgica y control estricto de líquidos.

83. El 3 de diciembre de 2018, SP5 reportó a V1 con datos de choque séptico, taquicardia, múltiples picos febriles durante la semana, con deterioro del estado neurológico, estuporosa, respiración con estertores crepitantes y abdomen con herida quirúrgica abierta limpia, sin datos de infección.

84. En la valoración del 4 de diciembre de 2018, realizada por SP5, se indicó que un día previo V1 se había deteriorado, siendo valorada por el Servicio de Medicina Interna por posible intubación endotraqueal, pero ese día a las 13:00 horas, se notificó por parte de enfermería que V1 cursaba con ausencia de signos vitales iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, así como de aminas, sin respuesta, declarándose la hora de su muerte a las 13:30 horas, por choque séptico, secundario a absceso retroperitoneal, con diabetes mellitus tipo 2.

85. El especialista de este Organismo Nacional en su dictamen concluyó que la atención médica que le otorgaron AR1, AR2, AR3 y AR4, así como los médicos del Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 que valoraron a V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, fue inadecuada, ocasionando un retraso para establecer un diagnóstico temprano, que impidió que se le ofreciera un tratamiento quirúrgico oportuno que contribuyó con su posterior fallecimiento, incumpliendo con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

86. Contraviniendo también lo dispuesto en los artículos 8, fracciones II y III, y 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que prevén, entre otras actividades médicas, las curativas que tienen por objeto efectuar el diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer su tratamiento oportuno, de rehabilitación, que incluyen las acciones tendentes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental; así como que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable.

87. En tal virtud, AR1, AR2, AR3, AR4, y el personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 que valoró a V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, vulneraron su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

C. Derecho a la Vida.

88. Esta Comisión Nacional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la

vida¹⁶-. Los DESC funcionan como derechos “*punte*” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V1.

89. 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 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

90. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

91. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.¹⁷

92. En consonancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no

¹⁶ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “*Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

¹⁷ “*Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*”, Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “Declaración de Lisboa” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

93. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1, por AR1, AR2, AR3, AR4, así como por el personal médico del Servicio de Medicina Interna que valoró a V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, en el HGZ-17, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

94. Como se precisó en el dictamen médico emitido por el especialista de esta Comisión Nacional la negligencia por omisión en la que incurrieron los médicos señalados, ocasionó una demora para establecer un diagnóstico temprano, lo que impidió que se ofreciera a V1 un tratamiento quirúrgico oportuno, que tuvo como consecuencia el deterioro de su estado de salud, y que, junto con la serie de comorbilidades, en su conjunto contribuyeron a su posterior fallecimiento.

D. Situación de vulnerabilidad de los adultos mayores.

95. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulta mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 63 años, con un cuadro de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica AKI 3, además del antecedente de la extracción quirúrgica de riñón izquierdo derivado de la patología de litiasis renal, 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, preferente e inmediata por parte del personal tanto de la UMAE-25 como del HGZ-17.

96. 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, se vulneró en agravio de V1, al no recibir durante su estancia en la UMAE-25 y en el HGZ-17, una atención médica integral de carácter preferente, de manera digna y con sensibilidad, que satisficiera sus necesidades y porque las omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, y el personal médico del Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 que la valoró del 16 al 20 de noviembre 2018, contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara y a su posterior fallecimiento.

97. El artículo 1º, párrafo quinto constitucional 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”*, relacionado con los artículos 11.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y el 1º 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, en particular los adultos mayores; por su situación de vulnerabilidad.

98. Esta Comisión Nacional ha establecido que *“...en México, las personas mayores son particularmente vulnerables a enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.”*¹⁸

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

¹⁸ *“Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México”*, febrero de 2019, párr. 371

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.

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

101. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

102. En la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe,¹⁹ los Estados firmantes (incluyendo México), acordaron realizar acciones tendentes al mejoramiento del sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas, el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de población.

103. Por su parte, el inciso f), del artículo 9, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores,²⁰ refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, que tengan la encomienda de atender y cuidar a las personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

104. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como *“...sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...) Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud...”*²¹

105. La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección.²²

¹⁹ *“Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”*, San José, Costa Rica, 8 a 11 de mayo de 2012, pág. 23.

²⁰ Si bien, al momento de los hechos aún no había sido ratificada por México, se considera pertinente mencionarla para tener presentes los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

²¹ *“Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132.

²² *“Adultos Mayores. Al constituir un grupo vulnerable merecen una especial protección por parte de los órganos del Estado”*, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, junio de 2015, Registro 2009452.

106. 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 “...*aquella 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.*”

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

108. Es preciso destacar que este Organismo Nacional ha formulado a ese Instituto las Recomendaciones 15/2012, 20/2012, 32/2012, 30/2015, 56/2015, 12/2016, 8/2019, 11/2019, 21/2019, 26/2019, y 23/2020, respecto a las violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de las personas consideradas en situación de vulnerabilidad, como los adultos mayores.

109. 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 V1 por el personal médico de la UMAE-25 y del HGZ-17 del IMSS en Monterrey, Nuevo León, fue inadecuada.

E. Derecho al acceso a la información en materia de salud.

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

111. 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.²³

112. 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 derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”²⁴

113. 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.*”²⁵

114. 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*

²³ CNDH. Recomendaciones 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116, entre otras.

²⁴ 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.

²⁵ 19 CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

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, magnetoópticos 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.”

115. 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.

116. También se ha establecido 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.²⁶

117. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración de los expedientes clínicos de V1 en la UMAE-25 y en el HGZ-17, al

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

verificarse la falta de notas médicas, Asimismo, se observó que en las notas médicas del Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 correspondientes a los días 15, 16, 19 y 20 de noviembre de 2018, el nombre del médico que las elaboró está ilegible, contraviniendo lo establecido en los puntos 5.9; 5.10; 6; 7.2.1 y 8.9 de la NOM-Del Expediente.

118. 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 lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en 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, 75/2018, 77/2018, 21/2019, 47/2019, 16/2020 y 23/2020.

119. La idónea integración de los expedientes clínicos de V1 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; de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.²⁷

120. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y

²⁷ 21 CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.

valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

F. Responsabilidad.

121. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos, analizadas y evidenciadas, corresponde a los actos realizados por AR1, AR2, AR3, AR4, así como de los médicos del Servicio de Medicina Interna, que valoraron a V1, del 16 al 20 de noviembre de 2018.

122. Por lo que se refiere a AR1 y AR2, se advirtió que en el periodo comprendido del 1° al 4 de noviembre de 2018 reportaron los mismos resultados de laboratorio de fecha 31 de octubre de ese año, sin haber solicitado ni actualizado tales estudios; además AR1, dio de alta hospitalaria de forma precipitada a la V1 el día 4 de noviembre de 2018, lo que generó el deterioro de su estado de salud.

123. Por cuanto hace a AR3, así como los médicos del Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 que valoraron a V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, se evidenció que incurrieron en negligencia médica por omisión, toda vez que no actualizaron los estudios de laboratorio de control, ni solicitaron hemocultivos, ocasionando un retraso para proporcionar un diagnóstico de certeza temprano, lo que impidió que se le brindara a la V1 un tratamiento quirúrgico oportuno.

124. En relación con AR4, se acreditó que el día 21 de noviembre de 2018, no realizó una adecuada exploración física de V1, ni indicó oportunamente la realización de laparotomía abdominal exploradora para drenar el absceso retroperitoneal que presentaba, lo que ocasionó que no se le otorgara a V1 un tratamiento quirúrgico oportuno.

125. Por lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, y el personal de salud del Servicio de Medicina Interna del HGZ-17 que valoró a V1 del 16 al 20 de noviembre de 2018, incumplieron las obligaciones contenidas en los artículos 7, fracción I y 47, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y 303, de la Ley del

Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

G. Reparación integral del daño.

126. 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.

127. 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 V1, se deberá inscribir tanto a QV, como a V2, y a los familiares que 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.

128. 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.

a) Rehabilitación.

129. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a QV y V2, 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.

130. 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.

b) Satisfacción.

131. 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.

c) Medidas de no repetición.

132. 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 la NOM y Guía Médica mencionadas en la presente, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión Nacional en las Recomendaciones Generales 15 y 29, el cual estará dirigido a todo el personal médico de la UMAE-25 y del HGZ-17, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, 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.

d) Compensación.

133. 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

QV y V2, así como a los demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la inadecuada atención médica que derivó en el fallecimiento de V1 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 Instituto Mexicano del Seguro Social, 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 por los daños causados a QV, V2, y familiares que proceda conforme a derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V1, 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 formule ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social contra AR1, AR2, AR3, AR4 y demás personal médico involucrado, por las omisiones precisadas en el apartado de 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 de protección a la

salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y la Guía de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el personal médico de la UMAE-25 y del HGZ-17, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, 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 Nuevo León, particularmente de la UMAE-25 y del HGZ-17, 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 remitan 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.

134. 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.



135. 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.

136. 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.

137. 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