



RECOMENDACIÓN No. 1 /2021

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, PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN VILLAHERMOSA, TABASCO.

Ciudad de México, a 28 de Enero 2021

**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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/8952/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 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; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Quejoso	Q
Víctima	V
Victima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP

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

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS

Institución	Acrónimo
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General Zona No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Villahermosa, Tabasco	HGZ-46
Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF-43
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico	CECAMET

Normatividad	Acrónimo
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Cetoacidosis Diabética en niños y adultos SS-227-09	Guía de Práctica Clínica.
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, “ <i>Del Expediente Clínico</i> ”	NOM-Del Expediente.

I. HECHOS.

5. El 4 de septiembre de 2019, V, mujer de 67 años de edad, ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-46 por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por fiebre, dolor en la región lumbar izquierda (fosa renal izquierda), dificultad respiratoria, problemas graves de diabetes e hipertensión, ocasión en la que fue atendida por SP1 quien ordenó estudios complementarios y tratamiento médico.

6. El 5 de septiembre de 2019, siendo aproximadamente las 17:00 horas, Q se entrevistó con AR quien le informó que V sería dada de alta ya que los resultados de los análisis y de los estudios de “rayos x” indicaban que no tenía nada grave y que solo era una infección en las vías urinarias, la cual le originaba “*los quejidos de dolor*”, por lo que a las 18:37 horas de ese mismo día, emitió el alta médica.

7. Sin embargo, al ser trasladada a su domicilio V continuó quejándose de dolor, por lo que Q decidió ese mismo día llevarla con un médico particular, quien refirió que su estado de salud era delicado debido a que el nivel de su glucosa estaba a 388 mg/dl y sus pulmones presentaban problemas, por lo que recomendó su inmediata hospitalización, en consecuencia Q la llevó a la UMF-43, donde fue enviada en una ambulancia ese mismo día al HGZ-46, ingresando al área de choque; no obstante, a las 05:00 horas del 6 de septiembre de 2019, SP5 comunicó a Q el fallecimiento de V.

8. Por los hechos narrados, el 27 de septiembre de 2019, Q presentó queja ante este Organismo Nacional iniciándose el expediente **CNDH/5/2019/8952/Q**, y a fin de que se realizara la investigación respectiva sobre violaciones a Derechos Humanos, por lo que se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja, de 27 de septiembre de 2019, suscrito por Q, presentado ante este Organismo Nacional en que manifestó negligencia médica en agravio de V, atribuible a personal del IMSS y al que anexó copia de Certificado de Defunción de la agraviada, de 6 de septiembre de 2019.

10. Oficio No. 095217614C21/3137 de 5 de noviembre de 2019, a través del cual el IMSS remitió copia de la siguiente documentación:

10.1. Informe rendido por el encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas en Villahermosa, Tabasco, respecto de la atención médica proporcionada a V del 4 al 6 de septiembre de 2019.

10.2. Expedientes clínicos de V, integrados en el HGZ-46 y UMF-43 en Villahermosa Tabasco, del que destacan las siguientes constancias:

10.2.1. Nota médica de las 12:49 horas, del 4 de septiembre de 2019, elaborada por SP1, adscrito al HGZ-46, en la cual se asentó, entre otras cosas, que V presentó temperatura de 39.6°C y glucosa capilar de 376 mg/dl; signo de Giordano¹ bilateral, puntos ureterales positivos² y extremidades con edema, (acumulación anormal de líquido en los tejidos).

10.2.2. Nota médica de las 00:35 horas, del 5 de septiembre de 2019, en la cual SP2 describió que V se encontraba con cifras de tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura corporal dentro de parámetros normales, pero con saturación de oxígeno disminuida³ (91%, normal >95% a nivel del mar); mal hidratada, abdomen globoso por panículo adiposo, con Giordano derecho, puntos ureterales positivos y extremidades con edema, con diagnóstico E111-diabetes mellitus no insulino dependiente, con cetoacidosis pielonefritis derecha y obesidad mórbida.

¹ Es la respuesta dolorosa de un individuo cuando se golpea suavemente con la mano a ambos lados de la espalda baja o región lumbar; se evidencia en pacientes con infecciones del tracto urinario alto (pielonefritis).

² Dolor a la palpación en el abdomen en los distintos niveles del trayecto de los uréteres (superiores, medios e inferiores); los uréteres son tubos delgados que van de los riñones a la vejiga, a través de los cuales se transporta la orina

³ Es la cantidad de oxígeno, expresada en porcentaje, que existe en la sangre.

10.2.3. Nota médica de las 09:22 horas, del 5 de septiembre de 2019, en la cual SP3 diagnosticó a V con *“diabetes mellitus tipo 2, acidosis metabólica, lesión renal aguda akin i, pielonefritis derecha, descartar absceso renal, obesidad mórbida,”* con dolor en fosa renal derecha.

10.2.4. Nota médica de las 15:47 horas, del 5 de septiembre de 2019, en la que AR estableció que V, se encontraba con aumento en la cifra de tensión arterial 150 sobre 70 mmHg, dolor abdominal severo, sin presencia de náuseas o vómito, así como orina concentrada; con datos de retinopatía⁴, agregando un diagnóstico de diabetes mellitus 2 descompensada por probable cetoacidosis leve⁵, pielonefritis⁶, hipertensión arterial sistémica y síndrome anémico grado 1.

10.2.5. Nota médica de las 18:37 horas, del 5 de septiembre de 2019, en la cual AR determinó el egreso de V, con diagnóstico de *“infección de vías urinarias, sitio no especificado”*.

10.2.6. Nota médica de las 23:05 horas, del 5 de septiembre de 2019, en la que SP4 refirió que V, se encontraba con *“dolor precordial, síndrome de dificultad respiratoria”*.

⁴ Es una complicación de la diabetes mellitus tipo 2 en la cual los niveles altos de glucosa en la sangre causan daño a los vasos sanguíneos de la retina (capa de células nerviosas que recubren la pared posterior del ojo, detecta luz y envía señales al cerebro permitiendo la visión), los cuales pueden hincharse y tener fugas de líquido o pueden cerrarse impidiendo el flujo de

⁵ Es una complicación grave de la diabetes mellitus que ocurre cuando el organismo produce niveles elevados de unos ácidos presentes en la sangre denominados cuerpos cetónicos (cetonas), aparecen cuando el organismo no puede producir suficiente insulina.

⁶ Es una infección bacteriana que afecta a uno o que afecta a uno o ambos riñones, se considera una infección aguda del tracto urinario superior (riñones y uréteres).

10.2.7. Formato de referencia y contrarreferencia sin hora, del 5 de septiembre de 2019, en la que SP4 envía a V, al HGZ-46 por requerir estudios auxiliares de diagnóstico especiales complementación y tratamiento especializado.

11. Acta circunstanciada, de 9 de diciembre de 2019, en la cual consta una conversación telefónica sostenida entre personal de este Organismo Nacional y Q, a quien se le dio vista del informe de la autoridad.

12. Oficio DG/105/2020 de 20 de abril de 2020, con el cual la CECAMET remitió a este Organismo Nacional copia del expediente médico EM iniciado por Q, por la atención médica proporcionada a V en el IMSS.

13. Oficio No. 289001200100/1169/2020, del 7 de julio de 2020, con el que el IMSS remitió a este Organismo Nacional la determinación que emitió la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del H. Consejo Consultivo, de la Delegación Villahermosa, Tabasco, del IMSS, el 3 de diciembre de 2019, en sentido impropio, dentro de la queja médica QM.

14. Dictamen médico, de 12 de noviembre de 2020, suscrito por una especialista de esta Comisión Nacional respecto del caso de V.

15. Acta circunstanciada, de 5 de diciembre de 2020, elaborada por una visitadora adjunta de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar una conversación telefónica sostenida con Q, quien señaló que con relación a la mala atención médica que V recibió por parte de personal médico adscrito al HGZ-46, no existe ninguna carpeta de investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

16. El 25 de septiembre de 2019, Q presentó una queja ante la CECAMET por la atención médica proporcionada a V en los servicios institucionales del IMSS, iniciándose el expediente médico EM.

17. El 27 de septiembre de 2019, Q interpuso queja ante este Organismo Nacional, por negligencia médica en contra de personal del IMSS en agravio de V.

18. El 3 de octubre de 2019, la CECAMET dio vista a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS de la queja interpuesta por Q en agravio de V, iniciándose así la queja médica QM.

19. El 3 de diciembre de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del H. Consejo Consultivo, de la Delegación Villahermosa, Tabasco del IMSS, emitió la determinación en sentido improcedente de la QM.

20. El 21 de enero de 2020, la CECAMET ordenó el archivo del EM, al concluir que las partes no lograron conciliar sus pretensiones, dejando a salvo los derechos de Q, a fin de considerarlo oportuno, los haga valer ante la instancia legal que estime pertinente.

21. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna de que se hubiese iniciado carpeta de investigación relacionada con los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES.

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/8952/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violación al derecho humano a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica, la que junto con las comorbilidades que presentaba, contribuyó al deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento, atribuible a AR, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-46; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

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

23. 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 67 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HGZ-46.

24. 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.”*⁷ A su vez, se afirma que tal condición se origina de

⁷Organización 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; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26. Y CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

25. 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.”*⁸

26. Asimismo, el artículo 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.

27. En el mismo sentido, se ha 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

⁸ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

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.

28. El citado artículo 17 del "Protocolo de San Salvador", en el rubro de "Protección a 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..."*.

29. 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."*

30. 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.

31. Adicionalmente 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.*”

32. 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*”.⁹ 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.¹⁰

33. 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.¹¹

34. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de

⁹ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹⁰OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹¹IMSS, “*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

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.¹²

35. En ese sentido, la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónica 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.”*¹³

36. 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.”*¹⁴

37. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes¹⁵, así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC),

¹²CNDH. Recomendaciones 52/2020 p. 36, 32/2020, p. 29, 23/2020, p. 28 y 52/2020, p 35, entre otras.

¹³Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20

¹⁴Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹⁵Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010; op. cit.

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.¹⁶

38. 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.¹⁷

39. Con base en lo anterior, AR al momento de brindar a V atención médica, debió tener en cuenta que se trataba de una persona que se encontraba en una condición de especial vulnerabilidad, ya que padecía diversas enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia renal, además de que era una persona de 67 años de edad, y que, por tanto, dicha atención tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata; contrario a ello AR, otorgó un alta hospitalaria precipitada de V, al no contar con estudios de laboratorios que confirmaran la resolución del cuadro de cetoacidosis diabética que presentaba y que ocasionó una falta de continuidad del tratamiento médico hospitalario para la resolución de las patologías con la que cursaba y a la vez contribuyó 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.

40. 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

¹⁶Tales 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.

¹⁷CNDH. Recomendaciones 52/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; entre otras.

posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹⁸

41. Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, 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”*¹⁹.

42. 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.”*²⁰

43. 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...”*.

44. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección²¹, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 52/2020, p. 42; 23/2020, p. 36; 47/2019, párr. 34; entre otras

¹⁹ “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.

²⁰ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSEVACION GENERAL 14.

²¹ “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 52/2020, párr 46. 49/2020. párr. 26; 48, 45/2020, párr, 25; 44/2020, párr, 27; 42/2020, párr. 23; 35/2020, párr, 37; 34/2020, párr. 85; 23/2020, párr. 40; 16/2020, párr. 36; entre otras.

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*”.

45. 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*”²².

46. 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*

²² 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”.

47. En el presente asunto, se advirtió que el 4 de septiembre 2019, V acudió al servicio de urgencias del HGZ-46 encontrándosele signo de Giordano bilateral, puntos uretrales positivos y extremidades con edema, por lo que se integró el diagnóstico “**pielonefritis**”, ocasión en la que SP1, en su nota médica, indicó que se debía descartar infección de vías urinarias complicada y descompensación de diabetes mellitus, decidiendo el ingreso hospitalario de V; así como el inicio de tratamiento.

48. Al día siguiente, V fue valorada por SP2 quien señaló como datos clínicos persistencia de signo de Giordano derecho, puntos uretrales positivos, extremidades con edema y con “**acidosis metabólica comenzada**”²³ y estableció como diagnóstico “*E111-Diabetes mellitus no insulino dependiente, con cetoacidosis, pielonefritis derecha, obesidad mórbida*”.

49. Posteriormente, V fue atendida por SP3 quien estableció que, de acuerdo con el reporte de estudios de laboratorios en sangre, V cursaba con cifra de glucosa elevada, aumento en la cifra de leucocitos e integró los diagnósticos de “*E111-Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones renales*” sin realizar modificación a los tratamientos prescritos por SP1 y SP2.

50. A las 15:47 horas de ese mismo día, V fue valorada por AR quien la encontró con aumento en las cifras de sustancias de deshecho renal (creatinina, urea, nitrógeno

²³ Es uno de los trastornos del equilibrio ácido-base caracterizado por un incremento en la acidez del plasma sanguíneo (disminución del pH) que puede estar causada por una disminución de la concentración de bicarbonato, por producción endógena excesiva de ácidos (cetoacidosis, ácido láctico) o aporte excesivo de los mismos (intoxicación por etanol, metanol, etc.), alteraciones renales, pérdida de bases (diarrea, fistulas biliares, pancreáticas o intestinales), entre otras. La acidosis puede compensarse por vía respiratoria (hiperventilación), con lo que disminuye la presión parcial de dióxido de carbono y el pH sanguíneo se normaliza.

ureico) y disminución en la cifra de hemoglobina y agregó los diagnósticos de enfermedades “*renal crónica estadio IIIb, probable diabetes mellitus 2 descompensada por probable cetoacidosis leve, pielonefritis, hipertensión arterial sistémica y síndrome anémico grado 1,*” y solicitó realizar examen general de orina para valorar la presencia de “**cetonas**”, así como nuevos estudios de laboratorio en sangre de control a realizar el día siguiente por la mañana.

51. Sin embargo, a las 18:37 horas del mismo 5 de septiembre de 2019, AR determinó el alta de V, tomando como criterio haberla encontrado clínicamente con los signos vitales dentro de los parámetros normales, sin alteración cardiopulmonares aparentes, abdomen no doloroso a la palpación, determinado un diagnóstico de “*infección de vías urinarias*”.

52. En el dictamen médico emitido por la especialista de esta Comisión Nacional, se señaló que con relación a la cetoacidosis diabética, la literatura médica especializada señala que es una complicación metabólica aguda de la diabetes mellitus derivada de la falta relativa o absoluta de insulina²⁴; consiste en la triada bioquímica de hiperglucemia (niveles altos de glucosa), acidosis metabólica (incremento en la acidez del plasma sanguíneo que ocasiona disminución del pH) y cetonemia (presencia de ácidos cetónicos en la sangre). La insulina desempeña una función crucial en el paso de la glucosa a las células; sin suficiente insulina, el organismo comienza a descomponer las grasas para obtener energía, este proceso produce una acumulación en el torrente sanguíneo de ácidos denominados (cuerpos cetónicos) que, con el tiempo, provocan cetoacidosis diabética.

53. La Guía de Práctica Clínica, en su actualización 2016, menciona que dicha patología se asocia comúnmente a pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo

²⁴ Es una hormona liberada por el páncreas como respuesta a la presencia de glucosa en la sangre; la insulina ayuda a mover el azúcar de la sangre hacia los otros tejidos del cuerpo en donde se usa para energía.

1; sin embargo, en los últimos años se ha reportado un incremento de casos de cetoacidosis en adultos con diabetes mellitus 2, la cual se ha denominado diabetes tipo 2 susceptible a cetoacidosis, y que se da principalmente en pacientes con obesidad, con mal control glucémico derivado del mal apego al tratamiento médico de la diabetes mellitus; condiciones documentadas en V. Por otro lado, el factor de riesgo más común desencadenante de la cetoacidosis diabética son los procesos infecciosos, en el caso de V esto era concordante con la infección del tracto urinario alto (pielonefritis) con la que cursaba.

54. Además en el dictamen médico emitido por la especialista de esta Comisión Nacional, se indicó que el cuadro de la cetoacidosis diabética incluye deshidratación, debilidad, náuseas, vómitos, y dolor abdominal difuso que se asocia con exceso de cuerpos cetónicos circulantes; en la exploración física suele encontrarse deshidratación de piel y mucosas y aumento en la frecuencia cardíaca.

55. Es así, que de acuerdo con las notas médicas elaboradas a las 12:49 horas del 4 de septiembre, así como a las 00:35, 09:22, 15:47 horas del 5 de septiembre de 2019, respectivamente, por SP1, SP2, SP3 y AR, establecieron que V desde su ingreso al HGZ-46 presentaba los síntomas citados en párrafo que antecede, e incluso en los reportes de los estudios de laboratorios realizado a las 03:44 horas del 5 de septiembre de 2019; arrojaron la presencia de acidosis metabólica y de cetonas en suero y en orina, motivo por el cual a las 15:47 horas del 5 de septiembre de 2019 AR, solicitó realizar un examen general de orina a V. Por lo que, tomando en cuenta lo anterior, se advirtió que V, contaba con criterios diagnósticos clínicos y por laboratorio compatibles con cetoacidosis diabética desencadenada, en este caso, por la infección del tracto urinario superior pielonefritis con la que cursaba.

56. Con relación a lo antes mencionado, la especialista de este Organismo Nacional indicó que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica, en su actualización 2016 y con la literatura médica especializada, los criterios de resolución de un cuadro de cetoacidosis diabética se basan en parámetros de laboratorio, estos son: glucosa sanguínea menor a 250 mg/dl y dos de los siguientes criterios: Niveles de bicarbonato sérico >15 mg/dl, pH venoso mayor de 7.3 y anión gap calculado de <12 mEq/l, debiéndose otorgar tratamiento de la cetoacidosis hasta alcanzar los criterios de resolución; por lo anterior, se deben realizar estudios de laboratorio subsecuentes a fin de valorar la respuesta al tratamiento, la evolución y resolución de dicha patología en el paciente.

57. Sin embargo, y a pesar de lo anterior, si bien durante la valoración médica del 5 de septiembre de 2019 a las 15:47 horas AR había solicitado estudios de laboratorio de control a realizar a V al día siguiente (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría arterial), se advirtió que, tanto en la nota médica de egreso como en las documentales contenidas en el expediente clínico, no existe evidencia de que dichos estudios de laboratorio subsecuentes se hayan efectuado; con base en lo anterior, y considerando que los criterios de resolución de un cuadro de cetoacidosis diabética se basan en **parámetros de laboratorio**, se observó que el 5 de septiembre de 2019 AR otorgó a V un **alta hospitalaria precipitada**, ya que no se contó con estudios de laboratorio que confirmaran la resolución del cuadro de cetoacidosis diabética que presentaba.

58. Por lo anterior, la especialista de esta Comisión Nacional concluyó que desde el punto de vista médico legal, es posible establecer que la atención que se otorgó a V el 5 de septiembre de 2019 a las 18:37 horas, por parte de AR, fue negligente, al otorgarle un alta hospitalaria precipitada, omitiendo corroborar por medio de estudios de laboratorio de control en sangre que ésta contara con criterios resolución de la

cetoacidosis diabética con la que cursaba, que ocasionó una falta de continuidad del tratamiento médico hospitalario para la resolución de las patologías que presentaba.

59. Es menester precisar que si bien durante su estancia hospitalaria SP1, SP2 y SP3 sí otorgaron a V un tratamiento médico adecuado para sus patologías (pielonefritis, cetoacidosis diabética), sin embargo, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica, en su actualización 2016, se debe de brindar tratamiento para la cetoacidosis, guiado por objetivos, hasta alcanzar los criterios de resolución, lo cual no sucedió en el presente caso debido a la omisión por parte de AR.

60. Sobre lo que Q manifestó en su escrito de queja de que el 5 de septiembre de 2019, cuando V egresó del HGZ-46 y se dirigía a su domicilio, se quejaba cada vez más de dolor, motivo por el cual decidió solicitar los servicios de un médico particular; sin embargo, al no presentar mejoría fue trasladada por sus familiares a la UMF-43, fue así que siendo las 23:05 horas del 5 de septiembre de 2019, es decir, 4 horas con 28 minutos, posteriores a su egreso hospitalario, V fue valorada por SP4 quien estableció que presentaba dolor torácico esternal, fatiga, dificultad para respirar; frecuencia cardíaca aumentada, frecuencia respiratoria aumentada, con saturación de oxígeno disminuida, quejumbrosa, con facies de dolor, con datos clínicos de dificultad respiratoria; agregando como diagnósticos **“dolor precordial y síndrome de dificultad respiratoria,”** siendo referida a V al HGZ-46 a fin de que recibiera atención médica especializada.

61. Con relación a lo anterior, la especialista de esta Comisión Nacional señala que el síndrome de dificultad respiratoria aguda es una condición en la que los pulmones se encuentran inflamados y en el tejido pulmonar los vasos sanguíneos diminutos filtran líquido y los sacos de aire (alveolos)²⁵ se comprimen o se llenan de líquido, lo

²⁵ Son bolsas diminutas llenas de aire, situados al final de los bronquios en los que se realiza el intercambio de oxígeno en la sangre.

que evita que los pulmones funcionen bien; dentro del cuadro clínico de un edema agudo de pulmón, se describe la falta de aire, tos, fatiga,²⁶ algunos de ellos descritos en V, por SP4 en la nota médica del 5 de septiembre de 2019 a las 23:05 horas.

62. La referida especialista agrega que en cuanto a la etiología de ese síndrome se describen múltiples causas tales como trauma, falla cardiaca, trastornos hemodinámicos, causas infecciosas, aspiración de líquidos, sobredosificación de fármacos, toxinas inhaladas, trastornos hematológicos, trastornos metabólicos, entre otros²⁷; finalmente refiere que los pacientes con este síndrome presentan dificultad para recibir oxígeno en cantidad suficiente y expulsar el dióxido de carbono del cuerpo y les faltará el aire, por lo que deben recibir oxígeno suplementario.

63. Por tanto, del dictamen de la especialista de este Organismo Nacional se advierte, que de los reportes de resultados de laboratorio realizados a V el 6 de septiembre de 2019 en el HGZ- 46, consistentes en gasometría arterial, biometría hemática, química sanguínea y del perfil cardiaco, ésta persistía con datos sugestivos de un proceso infeccioso pues observó que tenía un pH bajo 7.21, una cifra de bicarbonato baja 9.6 mmol/L, y una cifra de glucosa elevada 371.4 mg/dl, mismo que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, en su actualización 2016, forman parte de los criterios diagnósticos de una cetoacidosis diabética grave.

64. Es decir, V presentaba cifras altas de urea y creatinina las cuales, como se mencionó anteriormente, se encuentran elevadas en la cetoacidosis diabética derivadas de la deshidratación o bien, secundario a la insuficiencia renal crónica que padecía; en adición, de acuerdo con la literatura médica, dentro de las manifestaciones clínicas de la cetoacidosis diabética se encuentra el aumento de la frecuencia cardiaca así como respiración profunda y forzada, la cual aparece cuando

²⁶ Am J Respir Crit Care Med Vol. 175, p3-p4, 2007. Serie de información al paciente de la ATS 2007 American Thoracic Society

²⁷ (Díaz-Ponce de León, Mujica-Hernández, Olvera-Chávez, González-Díaz, & Montealegre-Ramírez, 2004)

el pH del paciente se encuentra entre 7.1 y 7.2 (V 7.21), como el cuadro clínico que presentó V durante la valoración en la UMF43 el 05 de septiembre de 2019 a las 23:05 horas.

65. Luego entonces, como se mencionó, si bien en este caso no se cuentan con exámenes de laboratorio subsecuentes a los realizados a las 03:44 del 5 de septiembre de 2019, la especialista de esta Comisión Nacional observó que para la madrugada del 6 de septiembre de 2019 V persistía con datos de laboratorio compatibles con un proceso infeccioso, en este caso, relacionado con la del tracto urinario así como con datos clínicos y de laboratorio compatibles con una cetoacidosis diabética, es decir, los mismos padecimientos con los que había cursado durante su primer internamiento del 4 al 5 de septiembre de 2019.

66. Lo antes expuesto, permiten sustentar que posterior al egreso de V del HGZ-46, tanto la infección del tracto urinario alto pielonefritis, como la cetoacidosis diabética aún no se encontraban remitidas, lo que confirmaría el hecho de que, en el presente caso, AR otorgó un alta precipitada a V, que ocasionó una falta de continuidad del tratamiento médico hospitalario para la resolución de las patologías con las que cursaba, hecho que favoreció el agravamiento de la cetoacidosis diabética, lo que trajo como consecuencia el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

67. Por otro lado, en el expediente obra acta de defunción del 06 de septiembre de 2019, donde consta que V falleció a las 05:00 horas de ese día, por edema pulmonar, infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus no insulino dependiente, cetoacidosis diabética, hipertensión arterial esencial.

68. En este punto de análisis, la especialista de esta Comisión Nacional agregó que, de acuerdo con la literatura médica especializada en pacientes con cetoacidosis

diabética el riesgo de mortalidad incrementa en aquellos con edad avanzada [V de 67 años] y en pacientes con enfermedades graves, concomitantes de las que V era portadora: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y obesidad mórbida.

69. De las irregularidades descritas y analizadas se concluye que AR, transgredió 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 clínicos y hospitalarios, para ofrecer un diagnóstico certero de la cetoacidosis diabética que cursaba V, y así brindar el tratamiento médico oportuno a su padecimiento a fin de evitar los hechos materia de la presente Recomendación; con lo que se impidió garantizar con efectividad a V su derecho a la protección a la salud.

70. 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.

C. Derecho a la vida.

71. 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.

72. 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 ejercicio²⁸, 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.

73. La SCJN ha determinado que: *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no solo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no***

²⁸ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).²⁹

74. 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”*.³⁰

75. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V por parte de AR, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

76. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR, incurrió 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”*.

²⁹ 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.

³⁰ CNDH. Recomendaciones 52/2020. Párrafo 63, 44/2020. Párrafo 56, 23/2020. Párrafo 80, entre otras.

77. De igual forma, al no identificar AR de forma oportuna y precisa la cetoacidosis diabética, con la que cursaba V, tal y como lo establece la Guía de Práctica Clínica, la salud del V se deterioró, contribuyendo junto con las comorbilidades que presentaba a su posterior fallecimiento el cual se debió, como ya quedó asentado en párrafos superiores a un edema pulmonar a consecuencia de infarto agudo de miocardio.

78. Además, AR incumplió el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*.

79. En el presente caso, AR omitió considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrió en una falta de atención médica adecuada y oportuna a su padecimiento de base pilonefritis y cetoacidosis diabética, que en el caso ameritaba incluir estudios de laboratorios de control de sangre (química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría arterial); lo anterior, a fin de que se le pudiera continuar brindado el tratamiento oportuno para la cetoacidosis diabética que cursaba V, sin embargo, el padecimiento evolucionó, contribuyendo en el deterioro del estado de salud del paciente y en su posterior fallecimiento.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

80. 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.

81. 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.³¹

82. 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.”*³²

83. 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, *“(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.³³

84. 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,*

³¹ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 71, 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

³² 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.

³³ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

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”.

85. Al respecto, 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.³⁴

86. 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.³⁵

³⁴ CNDH, op. cit. Recomendaciones 52/2020, p. 75, 45/2020, p. 92; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; entre otras.

³⁵ CNDH, op. cit., 52/2020, párr. 76, 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68; entre otras.

87. 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 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019 y 33/2019.

88. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que, el expediente clínico de V, carece de documentales médicas correspondientes a la atención que se le brindó durante su segundo internamiento en el HGZ-46, durante los días 5 y 6 de septiembre de 2019, por lo que se infringió el lineamiento de los puntos 5.1 y 5.14 de la NOM-Del Expediente al no haber integrado de manera adecuada el expediente clínico (notas médicas, hojas de registro de enfermería, reportes de estudios complementarios, hojas de indicaciones médicas).

89. 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.³⁶

³⁶ CNDH, Recomendaciones 52/2020, párr. 80, 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.

E. RESPONSABILIDAD.

90. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por omitir brindar una atención médica adecuada y oportuna al padecimiento de V, con pielonefritis y cetoacidosis diabética que presentaba, y que en el caso ameritaba antes de ordenar su alta médica corroborar por medio de los estudios de laboratorios correspondientes, si aun continuaba con dichas afecciones, a fin de continuar brindándole tratamiento médico especializado para cetoacidosis diabética que cursaba V; por lo que el padecimiento evolucionó, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

91. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR, 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.

92. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada integración de documentales médicas correspondientes a la atención que se le brindo durante su segundo internamiento en el HGZ-46, 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.

93. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que 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.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

94. 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, sin embargo, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 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, prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuibles a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de

los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se 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.

95. 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 a Q, VI1, VI2, VI3 y VI4, así como 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.

96. 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.

97. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

98. Como consecuencia de la pérdida de la vida de V, esta Comisión Nacional determina que se deberá proporcionar a Q, VI1, VI2, VI3, VI4 y demás familiares que proceda conforme a derecho, 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.

b) Satisfacción.

99. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que la autoridad colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y denuncia que se presenten, ante el Órgano Interno de



Control en el IMSS y la Fiscalía General de la República, respectivamente, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

c) Medidas de no repetición.

100. 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.

d) Compensación.

101. 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, VI1, VI2, VI3, VI4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala atención médica de AR 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.

102. 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 responsabilidades que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño 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 derivó 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 AR, 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. Se colabore con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR y quien resulte responsable, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de dos 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-46, en particular a AR, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y/o en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.



QUINTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGZ-46, 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.

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

103. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de la conducta irregular cometida por servidor público en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, 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.

104. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta



sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

105. 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.

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

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA