

RECOMENDACIÓN NO. 168 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QV PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 76 Y UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, PERTENECIENTES AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/6089/Q**, relacionado con el caso de QV.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de



la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero 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; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113 fracción I, y último párrafo y 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad 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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Quejoso Víctima de Violaciones a Derechos Humanos	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

NOMBRE	ACRÓNIMO- ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Convención Americana
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Hospital General de Zona con medicina familiar número 76 en la Ciudad de México	HGZ 76
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional (CMN) La Raza en la Ciudad de México	CMN LA RAZA

I. HECHOS

5. El 21 de julio de 2020, se recibió en la Oficialía de Partes de esta CNDH, escrito de queja presentado por QV, de 76 años al momento de presentar dicho escrito, el 4 de agosto de 2016 amaneció con la vista borrosa, por lo que acudió a urgencias en el HGZ 76, y posteriormente fue remitido al CMN LA RAZA.



6. El 23 de enero de 2017, a través de una nota de filtro se designó a AR1 como médico especialista tratante, solicitando programación de cita para primera valoración.
7. El 22 de marzo de 2017, AR1, realizó una valoración de QV, en donde a través de su exploración mencionó una “medición de agudeza visual 20/200 bilateral” (sic.), así como normotensión ocular. La biomicroscopia del ojo izquierdo permitió observar la opacidad del cristalino (catarata), así como hemorragia vítrea.
8. El 10 de agosto de 2018, QV fue intervenido quirúrgicamente en el CMN LA RAZA, fecha en la que refiere tener una buena visión en el ojo izquierdo antes de ser intervenido y que, una vez practicada la intervención quirúrgica, su visión se deterioró.
9. Posteriormente, el 30 de agosto de 2018, QV fue intervenido nuevamente, en dicha intervención refirió que se le colocó un lente de contacto, así como “Silicón pesado” y tres rayos láser, identificando que al término de dicha intervención veía menos.
10. Finalmente, QV refiere que el 31 de agosto de 2019, fue la última consulta respecto de la intervención quirúrgica.
11. En virtud de lo anterior, toda vez que el motivo de la queja es una afectación al derecho a la salud por actos u omisiones realizadas por personal del HGZ 76 y del CMN LA RAZA este Organismo Nacional inició el expediente de queja **CNDH/5/2020/6089/Q** y a fin de realizar la investigación se solicitó información al IMSS.



II. EVIDENCIAS

12. Escrito de queja presentado por QV en este Organismo Nacional en fecha 21 de julio de 2020.
13. Oficio número 095217614C21, recibido en Oficialía de Partes de esta CNDH en fecha 02 de octubre de 2020, mediante el cual el IMSS remitió el informe rendido por personal de CMN LA RAZA y adjuntó el expediente clínico en el cual obran diversas constancias entre las cuales destacan las siguientes:
 - 13.1. Nota prequirúrgica de fecha 22 de marzo de 2017 suscrita por AR1.
 - 13.2. Nota prequirúrgica de fecha 10 de julio de 2018 suscrita por AR1.
 - 13.3. Nota posquirúrgica de fecha 10 de julio de 2018 suscrita por AR1.
 - 13.4. Nota prequirúrgica de fecha 30 de agosto de 2018 suscrita por AR1.
 - 13.5. Nota posquirúrgica de fecha 30 de agosto de 2018 suscrita por AR1.
14. Opinión médica de fecha 15 de enero de 2021, emitida por personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH.
15. Impresión de correo electrónico de fecha 13 de octubre de 2021, por el que el IMSS remite información asociada a acuerdo emitido por “Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico”.
16. Impresión del correo electrónico de fecha 14 de julio de 2022, a través del cual el IMSS remitió el informe rendido por personal del HGZ 76 al que adjuntó el expediente clínico integrado en dicho nosocomio.



17. Acta circunstanciada de fecha 14 de julio de 2022, en la cual personal de esta CNDH certifica la visita al domicilio de QV a efecto de informar la posibilidad de una conciliación, señalando que no es su deseo el procedimiento de conciliación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 21 de julio de 2020, QV presentó queja ante este Organismo Nacional, por la que se inconformó sustancialmente de la atención médica brindada por el personal médico del HGZ 76 y CMN LA RAZA, respectivamente.

19. En fecha 13 de octubre de 2021, se tuvo conocimiento que el caso de QV se sometió a la consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, la cual en fecha 16 de abril de 2021, emitió un acuerdo en sentido improcedente.

20. A la fecha de emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que acredite la existencia de alguna carpeta de investigación ante autoridad ministerial, ni de procedimiento administrativo alguno ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. En el presente apartado se analizarán las evidencias que corren agregadas en el expediente iniciado por esta CNDH por la inadecuada atención médica y al acceso a la información en materia de salud, en agravio de QV, atribuibles a personal médico de los nosocomios HGZ 76 y CMN LA RAZA, ambos en la Ciudad de México, a saber:



A. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA ADULTA MAYOR CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA -DIABETES-)

22. En la Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe¹, los Estados firmantes (incluido México), acordaron mejorar el 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 la población.

23. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores², refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a las personas funcionarias públicas y a las encargadas de los servicios sociales y de salud, entre otros, que tengan la encomienda de atender y cuidar a personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

24. 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 las personas mayores constituyen un grupo que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, ello en virtud de que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, “Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe”, San José, Costa Rica, 11 de mayo de 2012, pág. 23.

² Aunque al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

situación de desatención, siendo estos 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.

25. 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 y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2002, 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.

26. El artículo 17, párrafo primero, inciso a) del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); establece en términos generales, que *“toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a. Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada ...”*.

27. 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. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos ...”³

28. 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”⁴. 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.

29. La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección⁵, lo cual guarda relación con lo dispuesto por el artículo 5º, fracción III, inciso a) y b) de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual prevé que el derecho humano a la protección de la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, y para ello, deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

30. De igual forma, el artículo 6º, fracción I de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición,

³ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 8 de marzo de 2018, párr.132

⁴ “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8

⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “ADULTOS MAYORES. AL CONSTITUIR UN GRUPO VULNERABLE MERECEN UNA ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO”, Registro 2009452.



vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores. Además de que toda institución debe proporcionarles atención preferencial, brindar servicios y contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado.

31. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación 30/2015, emitida el 31 de agosto de 2015, señaló que: *“A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas 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, [define:] Personas adultas mayores: Aquellas 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”*.

32. De igual forma, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su fracción I del artículo 3 define que este grupo poblacional lo constituyen: *“aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad...”*.

33. 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 vulnerables”*.

34. 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”*⁶. A su vez, se afirma que tal condición se origina de

⁶ 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,

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

35. 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”⁷

36. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria⁸.

37. La 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),

New York, ONU, 2003, párr. 8; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 24, 23/2020 párr. 22 y 52/2020 párr.26.

⁷ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS)

⁸ CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28, 52/2020, párr.36 y 46/2021, párr.19.

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

cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición¹⁰.

38. En el caso de 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”*¹¹

39. 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...”*¹²

40. En ese sentido, la transgresión del derecho a la protección de la salud de QV, afectó otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor con 72 años de edad, al momento de iniciar los hechos y antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de seis años de diagnóstico, específicamente en la omisión de darle atención prioritaria y oportuna específicamente de realizar la “Vitrectomía precoz” al detectar una hemorragia vítrea en un paciente portador de retinopatía diabética proliferativa, ello en razón de su situación de vulnerabilidad, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida.

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

¹¹ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

¹² Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, pág. 6

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

41. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹³

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

43. 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.”*¹⁵

44. 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*

¹³ CNDH, Recomendaciones 43/2022, párr. 25, 40/2022, párr. 34, 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; entre otras.

¹⁴ “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.

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



le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

45. 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*”.¹⁶

46. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,¹⁷ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.*”

47. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a QV, en el HGZ 76 así como en el CMN LA RAZA.

B.1. Atención otorgada a QV

48. QV, persona adulta mayor de 76 años de edad, quien cuenta con antecedentes importantes a considerar: es portador de diabetes mellitus tipo 2 de seis años de diagnóstico, con manejo, vigilancia y seguimiento desconocidos;

¹⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

¹⁷ “*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 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.



además, pérdida irreversible de la visión del ojo derecho secundario a una lesión traumática antigua, teniendo al ojo izquierdo como órgano único funcional.

49. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se advirtió que, en el mes de agosto de 2016, QV manifestó una alteración de su ojo funcional caracterizado por la disminución de la visión, por lo que acudió al HGZ 76, a solicitar atención médica institucional. En dicha instancia médica, se diagnosticó una hemorragia vítrea cuyo hallazgo fue realizado en el tercer nivel de atención, específicamente en el CMN LA RAZA, sin expresar que indicaciones o plan de manejo fue realizado o sugerido por el tercer nivel, por lo anterior es posible interpretar que para el 03 de noviembre de 2016, el paciente no había recibido tratamiento, situación que motivó al servicio de oftalmología del HGZ 76, a realizar una nueva solicitud para manejo quirúrgico definitivo al “servicio de retina” del CMN LA RAZA.

50. Por otra parte, en las constancias que obran en el expediente clínico de QV integrado en el CMN LA RAZA no se advierte la presencia de notas de la atención médica otorgada durante el periodo de agosto a noviembre del año 2016, en donde asegura el HGZ 76, se integró el diagnóstico de hemorragia vítrea del ojo izquierdo.

51. Dicho lo anterior, se puede establecer que existió envío al servicio de oftalmología por parte del primer nivel de atención, también existe evidencia de que el segundo nivel, durante el periodo comprendido del inicio del padecimiento en agosto del año 2016 a noviembre del mismo año, realizó envío en dos ocasiones al tercer nivel de atención, específicamente al “servicio de retina” del CMN LA RAZA. En la primera valoración por parte del tercer nivel de atención, se detectó la presencia de una “hemorragia vítrea”, sin embargo, se desconoce el manejo otorgado o sugerido, teniendo que insistir en un segundo envío por parte del servicio de



oftalmología de segundo nivel, adscrito al HGZ 76, para manejo médico-quirúrgico definitivo.

52. En razón al párrafo que antecede, el personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional refiere que con base en los antecedentes personales patológicos con los que contaba el paciente, así como lo expresado por la bibliografía médica especializada y la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Vitrea, se puede interpretar que la hemorragia vítrea que presentó QV fue secundaria a las alteraciones vasculares propias de la “retinopatía diabética proliferativa” sugiriendo como parte del tratamiento, la realización de una “vitrectomía precoz”, cuyos resultados en este tipo de padecimientos han demostrado una mejoría significativa en el pronóstico visual.

53. Con lo anterior, el personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la CNDH manifestó que desde el punto de vista médico legal, que la primera atención médica otorgada por el servicio de “segmento posterior o retina” del CMN LA RAZA, en donde se detectó la presencia de hemorragia vítrea, fue inadecuada para su padecimiento, incurriendo en negligencia por omisión al no realizar el tratamiento quirúrgico el cual consistía en una vitrectomía precoz. Cabe hacer mención que dicha negligencia decretada no es posible individualizarla, ya que en el expediente clínico no se cuenta con las constancias médicas de la atención, por lo que se desconoce la persona servidora pública responsable.

54. En fecha 23 de enero de 2017, se designó como médico tratante a AR1, y el 22 de marzo de 2017 se realizó la primera valoración a su cargo, en la cual se corroboraron los diagnósticos de catarata y hemorragia vítrea con los que había sido referido del segundo nivel, desprende que se hizo del conocimiento a QV del

pronóstico, riesgo y beneficios del procedimiento quirúrgico, sin embargo, no se especificó en dicha nota médica a que tipo de manejo quirúrgico sería sometido y tampoco la fecha en la que se programaría dicha la intervención.

55. Ahora bien, de las constancias que corren agregadas en el expediente clínico se desprende que la cirugía fue realizada hasta el 10 de julio de 2018, es decir, casi 2 años después del inicio del padecimiento. Si bien es cierto que tanto la bibliografía médica como las guías de práctica clínica antes citadas establecen que dicho manejo quirúrgico es el recomendado y acorde a los padecimientos establecidos; también es cierto que la evidente y excesiva dilación de este manejo no se apega a la normatividad específica para el caso.

56. El día 30 de agosto de 2018, se tiene registro a través de una nota postquirúrgica suscrita por AR1 de la realización de una segunda intervención quirúrgica, la cual consistió en vitrectomía, colocación de silicón, además de introducción de gas en ojo izquierdo y esto a consecuencia de un “desprendimiento de retina” del ojo involucrado. Se desconoce la descripción de la técnica quirúrgica, los hallazgos transquirúrgicos, la presencia o ausencia de incidentes, accidentes o complicaciones, así como las condiciones del periodo post-operatorio. En la “nota de alta”, la cual no expresa fecha de ingreso ni egreso, tampoco se hace mención de las condiciones generales del paciente a su egreso hospitalario, ni se dan indicaciones para su vigilancia y seguimiento del padecimiento posterior a la intervención, así como se ignora las condiciones de su contrarreferencia al segundo nivel de atención médica.

57. Respecto del informe rendido por AR1 y en relación con esta segunda intervención quirúrgica refiere que: *“...al realizar su seguimiento, el paciente presentó recidiva del desprendimiento de retina de índole traccional secundario a fibrosis y artrofia retiniana, por lo que se procedió a la colocación de silicón en un segundo*



tiempo quirúrgico” (sic.), sin embargo, no menciona las acciones de vigilancia y seguimiento realizadas posterior a esta segunda intervención.

58. Posteriormente, en un informe rendido por parte de PSP2 y PSP3 de fecha 22 de septiembre de 2020, expresan desconocer las condiciones que presentaba QV en esa fecha.

59. Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, las actividades de atención médica son (Artículo 8): I.- PREVENTIVAS: que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II.- CURATIVAS: que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para la resolución de los mismos; y III.- DE REHABILITACIÓN: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

60. En esta misma reglamentación, el artículo 74 menciona que: “...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”.

61. En el mismo sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 4.9 establece que la “Referencia-Contrarreferencia” es el procedimiento médico administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar una atención médica oportuna, integral y de calidad.

62. Con base a lo anterior, el aspecto administrativo de dar trámite a las valoraciones necesarias y a la programación de la intervención quirúrgica fue inadecuado, evitando con ello brindar un manejo médico-quirúrgico oportuno.



63. Por otra parte, el personal especializado en medicina legal de este Organismo Nacional advirtió que desde el punto de vista médico-legal se puede establecer que el HGZ 76 incurrió en una inobservancia al Reglamento y a la Norma Oficial Mexicana antes referida, al no realizar los trámites administrativos oportunos, esto es, en tiempo y forma para la valoración a cargo del tercer nivel de atención, para que pudiera llevarse a cabo de manera temprana de la intervención quirúrgica necesaria, situación que provocó una dilación en el manejo médico-quirúrgico del padecimiento, contribuyendo con ello al deterioro del estado de salud de QV al existir una progresión de la enfermedad empobreciendo significativamente el pronóstico de la función visual del paciente; y más aún, sabiendo que el órgano involucrado era el único funcional.

64. Es importante resaltar que el “desprendimiento de retina” que se presentó y que motivó una segunda intervención quirúrgica el día 30 de agosto de 2018, no guarda relación ni es atribuible a una mala técnica quirúrgica, sin embargo, si se puede establecer que tanto la negligencia decretada en la primera valoración por el tercer nivel ocurrida en el año 2016, y la dilación en el manejo médico-quirúrgico atribuible a la responsabilidad institucional contribuyeron a que evolucionara la retinopatía diabética proliferativa causante del desprendimiento.

65. Por lo que, una vez analizado lo anterior esta Comisión Nacional considera que desde el punto de vista médico legal la atención brindada a QV por parte del personal médico adscrito al servicio de Oftalmología (subespecialidad en retina) del CMN LA RAZA en la primera valoración realizada durante el periodo de agosto a noviembre del año 2016, fue inadecuada para su padecimiento. Asimismo, el médico especialista en Oftalmología adscrito al servicio de “Retina” del CMN LA RAZA, encargado de la valoración médica de QV, realizada entre los meses de agosto a noviembre de 2016, y del cual se desconocen sus datos por no existir nota médica correspondiente en el expediente clínico incurrió en negligencia por omisión al no



realizar la “vitrectomía precoz” al detectar una hemorragia vítrea en un paciente portador de retinopatía diabética proliferativa.

66. Con base en lo anterior, esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica que se le proporcionó a QV por parte de CMN LA RAZA fue inadecuada, por no realizar el tratamiento quirúrgico el cual consistía en una vitrectomía precoz de manera oportuna, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de QV, el cual derivó en la pérdida de la vista del ojo izquierdo; por tal razón se incumplió con la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático, así como con los artículos 27, 32, 33 y 51 de la LGS, y los numerales 7, 8, 9 y 48, del RLGS.

67. Asimismo, este Organismo Nacional concluyó que el HGZ 76 incurrió en una inobservancia al artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y a la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” antes referida, al no realizar los trámites administrativos oportunos para la valoración a cargo del tercer nivel de atención de QV, lo cual como provocó una dilación en el manejo médico-quirúrgico del padecimiento, contribuyendo con ello al deterioro del estado de salud de QV; y más aún, sabiendo que el órgano involucrado era el único funcional.

C. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

68. El artículo 6º, párrafo dos, de la CPEUM, 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.

69. 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.¹⁸

70. 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.”*¹⁹

71. 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.”*²⁰

72. Resulta aplicable 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 controlarlas 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 valorarse,

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 1/2021, párr. 81; 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 párr. 116.

¹⁹ 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.

²⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.²¹

73. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” establece que “...*el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.*”

74. 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.²²

75. 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

²¹ CNDH, Recomendaciones: 70/2022, párrafo 55; 28/2021, párrafo 103; 4/2021, párrafo 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.

²² CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 85; 52/2020, párr. 75; 45/2020, párr. 92; 35/2020, párr. 115; 23/2020, párr. 95.



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.²³

76. La CNDH 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-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, en la que se describe la obligación de las y 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 40/2022, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019, 33/2019 y 94/2022.

77. Es menester señalar que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud, toda vez que se trata de un conjunto único de información y datos personales de un paciente, mediante los cuales se hacen constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como de la descripción del estado de salud del paciente. Los prestadores de atención médica están obligados a integrar y conservar el expediente clínico; y los establecimientos serán solidariamente responsables respecto al cumplimiento de esta obligación por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

²³ CNDH, 1/2021, párr. 86; 52/2020, párr. 76; 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68.



78. Con base a lo anterior y posterior análisis de las copias certificadas del expediente clínico de QV, integrado en el CMN LA RAZA, el personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH manifestó que se puede establecer desde el punto de vista médico legal, que no se cumplen con las obligaciones decretadas en dicha normatividad por parte de AR1.

79. En ese sentido, en relación con la “Consulta de especialidad”, la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*; en su numeral 6 y correlativos expresa la obligación de realizar una “historia clínica”; y “notas de evolución” describiendo como mínimo: la actualización del cuadro clínico; los signos vitales; los resultados relevantes de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento previo; el diagnóstico o problemas clínicos; el pronóstico; el tratamiento e indicaciones médicas. En el expediente clínico de QV, en la “primera valoración” ambulatoria de fecha 22 de marzo de 2017, AR1 realizó solo una nota médica identificada como “nota prequirúrgica” sin cumplir con lo decretado en la NOM antes referida. Tampoco hay evidencia de la realización de una historia clínica de QV.

80. Posteriormente, en julio del año 2018, QV fue hospitalizado para la realización de la intervención quirúrgica. En el mismo expediente clínico solo se advierte la presencia de tres notas médicas realizadas por AR1, las cuales son identificadas como “nota prequirúrgica”; “nota posquirúrgica” y “nota de alta hospitalaria”. Dichas constancias, no se apegan a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, en virtud de que no contienen los datos e información mínimas para su elaboración, toda vez que: a) la “nota prequirúrgica” no cumple con los datos mínimos necesarios, tales como: fecha de cirugía, riesgo quirúrgico, plan terapéutico preoperatorio y pronóstico, los cuales se encuentran contemplados en los numerales 8.5 y correlativos en relación a la “nota preoperatoria”; b) la “nota posquirúrgica” no cumple con los datos mínimos necesarios tales como: descripción de la técnica quirúrgica; hallazgos transoperatorios; incidentes y accidentes; cuantificación de



sangrado; estado postquirúrgico inmediato; plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato, los cuales se encuentran contemplados en los numerales 8.8 y correlativos en relación a la “nota post-operatoria”; c) la “nota de alta hospitalaria” no cumple con los datos mínimos necesarios tales como: fecha de egreso e ingreso; motivo de egreso; diagnósticos finales; resumen de la evolución y el estado actual; manejo durante la estancia hospitalaria; problemas clínicos pendientes; plan de manejo y tratamiento, los cuales se encuentran contemplados en el numeral 8.9 en relación a la “nota de egreso”. También es prudente señalar que se omite la realización de “nota de ingreso” prevista en el numeral 8.1; la Historia Clínica señalada en el numeral 8.2; y notas de evolución contemplada en el numeral 8.3.

81. Asimismo, la idónea integración del expediente clínico de QV es un deber a cargo de las y los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, 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.²⁴

82. Dicho lo anterior, es importante mencionar que tanto la negligencia por omisión acreditada al especialista responsable de la valoración médica durante el periodo comprendido de agosto a noviembre de 2016; como la inobservancia institucional a las Normas y Reglamentos en las que incurrió el Instituto Mexicano del Seguro Social, contribuyeron al deterioro del estado de salud de QV, al existir una progresión de la retinopatía diabética proliferativa con pobre pronóstico funcional posterior a la primera intervención y desarrollo del “desprendimiento de retina”.

²⁴ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 89; 52/2020, párr. 80; 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73; 12/2016, párr. 74.



V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

83. Esta Comisión Nacional de las observaciones y análisis de las evidencias que integran el expediente de mérito considera que existen pruebas suficientes que acreditan la responsabilidad en el desempeño de las funciones de AR1 que derivó en una afectación a la protección a la salud y al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV.

84. Igualmente, el médico especialista en Oftalmología adscrito al servicio de “Retina” del CMN LA RAZA, encargado de la valoración médica de QV, realizada en los meses de agosto a noviembre de 2016, del cual se desconocen sus datos al no existir la nota médica correspondiente en el expediente clínico, incurrió en negligencia por omisión al no realizar de manera oportuna la vitrectomía precoz al detectar una hemorragia vítrea.

85. Ahora bien, recae la responsabilidad institucional respecto al HGZ 76 y al CMN LA RAZA, toda vez que existe inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, al no realizar oportunamente los trámites administrativos para la valoración a cargo del tercer nivel de atención; así como la realización temprana de la intervención quirúrgica necesaria, situación que provocó una dilación en el manejo médico-quirúrgico del padecimiento.

86. Asimismo, existe responsabilidad institucional atribuible al CMN LA RAZA del IMSS, debido a la omisión en el seguimiento del padecimiento médico de QV que en su momento otorgó la especialidad de oftalmología respecto del “Servicio de retina” que derivó de la segunda intervención quirúrgica, lo anterior es así, pues a la fecha dicho nosocomio desconoce las condiciones actuales del estado de salud del agraviado.



87. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del paciente, 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 de la persona enferma, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones y análisis de pruebas del presente documento en el caso de QV no aconteció.

88. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

89. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación integral 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 1º, 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, las cuales prevén que al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados



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

90. Para tal efecto, conforme a los numerales 1º, párrafos tercero y cuarto, 7 fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral, por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición.

91. 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” de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, indemnización, 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.

92. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “(...) *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones*

declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.²⁵

93. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²⁶

94. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud en agravio de QV, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

a) Medidas de Rehabilitación

95. 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”.

96. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62, fracción I y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de

²⁵ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrs. 300 y 301

²⁶ Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175

la presente Recomendación se deberá brindar a QV, atención médica y de rehabilitación, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado en Oftalmología, la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen el máximo nivel de posible sanación psíquica y emocional por la afectación a la salud de QV, que de manera desafortunada derivó en la pérdida de la vista de su ojo izquierdo.

97. Esta atención deberá proporcionarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Además, los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir el suministro de medicamentos en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

98. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a QV que conforme a derecho corresponda, derivado de las afectaciones a la salud sufridas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

99. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido



declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

- Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

100. Para ello, el IMSS deberá colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente, conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se le causó, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de no repetición

101. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y 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.



102. Además, es necesario que las autoridades del IMSS, en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente recomendación, implementen un curso integral dirigido al personal médico adscrito al área de oftalmología y directivos adscritos al HGZ 76 y al CMN LA RAZA del IMSS, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos e integración del expediente clínico, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

103. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud, también se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación. El contenido de dichos cursos deberá estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

104. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

105. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal médico adscrito a la especialidad de oftalmología y al personal directivo adscritos al HGZ 76 y al CMN LA RAZA, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que no se repitan los hechos que motivaron la presente Recomendación y la importancia de integrar correctamente el expediente clínico, la cual debe ser

publicada en el portal de intranet de esa institución, así como ser remitida a esta CNDH mediante correo electrónico institucional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

106. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted Director General del Instituto Mexicano Del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se le causó a V, que incluya la compensación justa, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención médica integral que requiera QV, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, lo que derivo de la vulneración a sus derechos humanos, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como de proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se imparta 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 NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica señaladas en la presente Recomendación, personal médico adscrito al área de oftalmología y directivos del HGZ 76 y del CMN LA RAZA, en particular a AR1 el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen 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 médico y directivo del HGZ 76 y del CMN LA RAZA, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos e integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, además, se adopten las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que no se repitan los hechos que motivaron la presente Recomendación y, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se designe a la persona servidora pública con capacidad 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.

107. 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.

108. 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.

109. 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.

110. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA