

RECOMENDACIÓN No. 221 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE Q, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de noviembre 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 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, 26, 41, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, examinó las evidencias del expediente **CNDH/5/2022/6/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 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 párrafo último, así como 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 las autoridades recomendadas, mediante un listado adjunto en el 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 distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Quejosa	Q
Persona Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

NOMBRE/DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM

NOMBRE/DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Convención Americana sobre Derechos Humanos.	Convención Americana
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Guía de práctica clínica para el tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica segundo y tercer nivel de atención	Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC.
Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica	Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica
Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, "Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías", en Ciudad de México.	HGZ1-A
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS

NOMBRE/DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM del expediente clínico
Norma oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud	NOM de Regulación de los Servicios de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM0-25-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM de las UCI
Organización Mundial de la Salud	OMS
Opinión médica, de fecha 09 de septiembre de 2022, emitida por personal adscrito a este Organismo Nacional	Opinión Médica
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Protocolo de San Salvador
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El día 28 de diciembre de 2021, se recibió en este Organismo Nacional queja en línea de Q, quien señaló que V, persona de 78 años de edad, se encontraba hospitalizado en HGZ1-A y requería urgentemente un procedimiento de traqueotomía por lo que personal médico de ese hospital le hizo firmar a Q, el consentimiento informado respectivo, no obstante, 24 horas desde la firma de tal documento, no se había realizado dicha intervención, y los médicos, así como el

subdirector del HGZ1-A le señalaron que no había quirófanos disponibles, ni personal médico, por encontrarse de vacaciones.

6. Con motivo de lo anterior, el 28 de diciembre de 2021, personal de esta CNDH realizó contacto inmediato con el área de Gestión de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, para dar solución a la petición; en respuesta el IMSS en la misma fecha por correo electrónico, informó que *“el paciente se reporta. Pendiente de programación quirúrgica para traqueostomía”*; sin embargo, el 29 de diciembre del mismo año, se recibió diverso correo electrónico donde se destacó que Personal de Atención y Orientación al Derechohabiente reportaba al paciente estable y que *“la valoración de Cirugía indica que no se requiere como urgencia”*.

7. El 4 de enero de 2022, Q informó a personal de esta CNDH que V fue intervenido quirúrgicamente el 31 de diciembre de 2021, en el HGZ1-A del IMSS; sin embargo, seguía reportado como grave, siendo necesario inducirlo a coma, ya que había adquirido una bacteria intrahospitalaria en el propio HGZ1-A donde ingresó primeramente por un problema de baja presión arterial, detectándole un daño en sus riñones, por lo que se requería le hicieran una diálisis, misma que se le practicó posteriormente, complicándose su estado de salud, agregando que les retiraron en pase de visita de 24 horas a partir de que interpusieron su queja.

8. Mediante correo electrónico de fecha 5 de enero de 2022, Q adjuntó 6 imágenes digitales, señalando que éstas corresponden a V en las condiciones que se encontraba en esa fecha en el IMSS.

9. El 8 de enero de 2022, el IMSS informó a la CNDH que el 7 de enero de 2022 *“...El paciente presentó complicaciones propias a su enfermedad falleciendo el día*

de ayer [6 de enero de 2022] Por lo anteriormente expuesto, este Servicio de Gestión considera que la petición hecha por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha sido atendida”.

10. Con motivo de lo anterior, se inició en esta CNDH el expediente de queja **CNDH/5/2022/6/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos, se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica se realiza en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja en línea recibida el 28 de diciembre de 2021, en esta Comisión Nacional, a través de la cual Q señaló que V persona de 78 años, necesitaba con urgencia un procedimiento de traqueostomía, que ya habían transcurrido 24 horas desde que firmaron el consentimiento, sin que se le realizara dicha intervención y que personal del HGZ1-A, le indicó que no había quirófanos disponibles, ni personal médico por estar en periodo vacacional.

12. Tres actas circunstanciadas de 28 y 29 de diciembre de 2021, mediante las cuales personal de esta Comisión Nacional hizo constar las gestiones realizadas ante personas servidoras públicas del IMSS, adjuntando correo electrónico de fecha 29 de diciembre de 2021 a las 01:01 horas, mediante el cual el IMSS informó que el caso se registró el 28 de diciembre de 2021 en el Servicio de Gestión y que “personal médico en turno reportó al paciente grave. Pendiente de programación quirúrgica para traqueostomía”, así como la caratula de correo electrónico de la misma fecha a las 14:30 horas mediante el cual se actualizó la situación de V reportándolo estable y que “La Valoración de Cirugía indica que no se requiere como urgencia. Le están realizando dos valoraciones de anestesia y medicina

interna para reducir los riesgos quirúrgicos”.

13. Acta circunstanciada de fecha 04 de enero de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional hace constar que mediante comunicación telefónica Q expresó que V ya había sido intervenido quirúrgicamente el 30 de diciembre de 2021, reportado como grave y en coma inducido por una bacteria que adquirió en el hospital, detectándosele falla renal, por lo que tuvo que ser sometido a diálisis.

14. Acta circunstanciada de fecha 05 de enero de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de un correo electrónico enviado por Q en el que describió la atención médica que se está brindando a V, adjuntando 6 imágenes donde se aprecia a V en instalaciones del IMSS.

15. Correo electrónico del 08 de enero de 2022 a las 21:36 horas, en el que el IMSS informó que *“... El paciente presentó complicaciones propias de su enfermedad falleciendo el día de ayer. Se apoyó a los familiares para realizar los trámites correspondientes [...] Por lo anteriormente expuesto, este Servicio de Gestión considera que la petición hecha por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha sido atendida”.*

16. Correo electrónico recibido por esta CNDH el 09 de marzo de 2022 a las 16:40 horas, en el que el IMSS da contestación a la solicitud de información requerida por este Organismo Nacional y adjuntó el expediente clínico integrado por la prestación de los servicios de salud a V, en el HGZ1-A, entre las que destacan los siguientes documentales:

16.1. Nota inicial del servicio de urgencias en el HGZ 1-A del 13 de diciembre de 2021 a la 21:42 horas, signado por AR1, indicando como nivel de gravedad

“naranja”.

16.2. Nota de ingreso de V al área de reanimación turno nocturno del HGZ 1-A de 13 de diciembre de 2021 a las 02:45 horas, donde se indica que el paciente se encontraba en observación, pero ingresa al área de reanimación por presentar disnea, sin observarse firma de ningún médico.

16.3. Continuación de la Nota de ingreso de V al área de reanimación del HGZ 1-A de 14 de diciembre de 2021 a las 03:00 donde AR2, hace constar como diagnóstico la insuficiencia cardiaca aguda descompensada NYHA IV, edema agudo pulmonar, enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal a estadificar, probable síndrome urémico, desequilibrio ácido base: acidosis metabólica con alcalosis respiratoria, probable asma, así como derrame pleural y su pronóstico es reservado a evolución.

16.4. Nota de interconsulta a especialidad para el área de Nefrología en favor de V, del 14 de diciembre de 2021, firmada por PSP9 y SP, señalando como diagnóstico de envío “*ERC KDIGO V STSFR*”.

16.5. Nota de procedimientos de 14 de diciembre de 2021 a las 14:03 horas, firmada por AR2 en el que señaló que se realizó procedimiento de “*toracocentesis*” debido a derrame pleural de 50%, solicitando radiografía de control, en la que observa disminución de un 20% aproximadamente, enviando la muestra obtenida a citológico y citoquímico, reportando al paciente sin complicaciones hemodinámicas posteriores a la punción.

16.6. Nota de ingreso de V al servicio de medicina interna del HGZ 1-A, de 14 de diciembre de 2021, a las 18:00 horas, sin firma del médico adscrito, solo PSP1 donde se indica como plan “*PROGRESAR LA VENTILACIÓN*”

MECÁNICA, ANTIBIOTICOTERAPIA, USG, RENAL, UROCULTIVO, INTERCONSULTA A NEFROLOGÍA, DIURÉTICO, COONTROL METABÓLICO, ECOCARDIOGRAMA, MONITORIZACIÓN CARDIACA CONTÍNUA, VALORAR RETORO DE SONDA ENDOPLEURAL, OPTIMIZAR CÍFRA DE HEMOGLOBINA”.

16.7. Carta de consentimiento informado para ingreso de V al servicio de urgencias de 14 de diciembre de 2021, donde se indica como sugerencia *“traslado a otra unidad”*, firmada por AR2.

16.8. Carta de consentimiento informado de 14 de diciembre de 2021 a nombre de V para realizar los procedimientos de, CVC, RCP, Intubación, toracocentesis, colocación sonda endopleural, firmada por AR2.

16.9. Nota de 14 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia, sin hora ni firma de ningún médico.

16.10. Nota de 15 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:30 horas y aparecen los sellos de PSP2, y AR3.

16.11. Nota de 16 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:30 horas y aparecen los sellos de PSP2 y AR3.

16.12. Nota de referencia-contrarreferencia de 17 de diciembre de 2021 en favor de V hacia el área de Nefrología del HGZ 1-A en calidad de ordinario como complementación diagnóstica, para colocación catéter tenckhoff y línea

transferencia, indicando como médico tratante a AR3, sin que obre su firma.

16.13. Nota de medicina interna del 17 de diciembre, turno vespertino, firmada por el AR4, en la que indicó que da manejo para infección en vías urinarias, soporte hemodinámico, ventilatorio, sedación, analgesia, control glucémico con insulina y esquema de insulina basal, resaltando que el paciente tiene un pronóstico reservado por contar con factores de mal pronóstico e incluso muerte súbita con evolución tórpida y que *tentativamente, un paciente el cual será difícil progresar y no está exento de complicaciones durante el proceso, también cabe la posibilidad de que las condiciones del paciente continúen siendo malas, pese a todos los manejos*".

16.14. Nota de 17 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:30 horas y aparecen los sellos PSP2 y AR3 donde se observa una anotación para realizar interconsulta al área de nefrología.

16.15. Carta de consentimiento informado de 17 de diciembre de 2021, donde se indicó como diagnóstico previo al procedimiento "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA KDIGO V" y que el procedimiento a realizar sería "COLOCACIÓN DE CATETER TECKHOFF" donde los riesgos más frecuentes eran "SANGRADO/INFECCION SITIO DE INSERION, HEMOPERITONEO, CHOQUE, MUERTE" sin nombre, firma ni cédula del médico tratante.

16.16. Nota de referencia-contrarreferencia de 17 de diciembre de 2021 en favor de V hacia el área de Nefrología del HGZ 1-A en calidad de ordinario para terapia dialítica, firmado por AR3 como médico tratante y PSP10.

16.17. Nota de 18 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:30 horas y aparecen los sellos de PSP3 y AR5.

16.18. Nota de 19 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 08:00 horas y aparecen el sello de PSP3.

16.19. Nota de evolución y revisión medicina interna jornada acumulada de 19 de diciembre de 2021, en la que AR5, indicó que durante ese día se notificó *“que no hay catéter de diálisis”* por lo que continúan medidas antihiperkalemicas, grave con alto riesgo de complicaciones y fallecimiento durante la hospitalización.

16.20. Nota de 20 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen los sellos del PSP4 y AR3.

16.21. Nota del 20 de diciembre de 2021 a las 10:10 horas, formada por AR8 del área de cirugía general, donde señala que V no ha sido valorado por nefrología que justifique ser candidato a inicio de terapia dialítica, solicitó la valoración por ese servicio, además indicó que el paciente presentaba alta mortalidad, ordenando mantenerlo en ayuno y revaloración por cirugía posterior a nefrología.

16.22. Nota de 21 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen los sellos PSP4 y AR3.

16.23. Nota de 22 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen los sellos de PSP2, con inscripción a mano de las 9:00 horas y PSP5, con anotación a mano del 23 de diciembre de 2021 a las 8:37 horas y con inscripción a mano de AR3 a las 03:30 horas.

16.24. Nota de 23 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas, sin nombres de médicos ni matrículas, únicamente una firma, donde se indica la realización de un electrocardiograma.

16.25. Nota de 24 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y al final el sello de AR3, que indica realizar un electrocardiograma y cultivo.

16.26. Nota de 25 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen los sellos de PSP5 y AR5.

16.27. Nota de 26 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen los sellos de AR5 y AR6, donde se realizan una serie de anotaciones a mano, sin especificar tratamiento por nefrología, a pesar de indicar una “*dieta para nefropata*”.

16.28. Nota de 27 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen sellos de PSP4, así como AR3.

16.29. Nota de 28 de diciembre de 2021 de indicaciones médicas de medicina interna del área de terapia intermedia que inicia a las 8:00 horas y aparecen sello de SP4.

16.30. Carta de Consentimiento bajo información del servicio de anestesiología de 30 de diciembre de 2021 signado por PSP11, donde señala que se aplicará anestesia general al paciente para tratamiento de traqueostomía, señalando que el procedimiento tiene carácter de urgente.

16.31. Carta de consentimiento bajo información a nombre de V sin fecha, firmado por PSP12, señalando que el tratamiento quirúrgico a realizar será una Traqueostomía y el procedimiento anestésico será “AGB”, y el asunto deberá ser realizado de manera urgente.

16.32. Notas de 4 y 5 de enero de 2022, signadas por PSP6 y PSP7, donde señalaron “...se plantea *extubar si continúa con buena respuesta a dicha modalidad. El paciente se encuentra grave, no exentó a complicaciones durante este internamiento, se toma cultivo bronquial.*”

16.33. Nota médica de evolución del área de medicina interna del 6 de enero de 2022, a las 13:00 horas, inscrita por PSP6 y PSP7, donde señalan que V presenta como diagnósticos actuales infección de vías urinarias complicada en remisión, neumonía asociada a la ventilación mecánica, diabetes mellitus tipo 2 descompensada, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica estadio V con TSR con diálisis peritoneal.

16.34. Nota de defunción de 7 de enero de 2022, a nombre de V emitida por AR3 y SP6, en la que señalaron como *diagnósticos de defunción*, 1.- *Choque séptico 10 días*, 2.- *Neumonía nosocomial, 10 días*, Otros diagnósticos 1.- *Enfermedad renal crónica 1 mes*, 2.- *Hipertensión arterial sistémica 15 años*, 3.- *Diabetes mellitus tipo 2, 15 años*”, firmada por AR3 y PSP6.

16.35. Registro de pacientes hospitalizados de 7 de enero de 2022 a las 12:45 horas, donde se indica el egreso de V por defunción, sin firma del médico responsable de egreso y señalando como médico responsable de su ingreso a AR7, sin firmar.

17. Correo electrónico recibido por esta CNDH el 04 de abril de 2022 a las 13:29 horas, en el que el IMSS rindió ampliación a la respuesta de información requerida por este Organismo Nacional al que adjuntó lo siguiente:

17.1. Informe médico signado por PSP14 de 24 de febrero de 2022, en el que reconoce que al momento carece de las notas de pre y posoperatoria, así como evidencia de informe a los familiares de V.

17.2. Informe signado por PSP15, quien señaló, entre otras cosas que el equipo de ministración de medicamentos a los pacientes, *“cuenta con una cámara que cierra en automático, no permitiendo el paso de aire, por lo que no es necesario la manipulación al término de éste”*.

18. Correo electrónico de 22 de abril de 2022, a las 15:04 horas por el cual el IMSS, remite a este Organismo Nacional copia del certificado de defunción de V, de fecha 07 de enero de 2022 y en el cual se estipula como la causa de muerte *“choque séptico y neumonía nosocomial”* de 10 días de evolución, así como *“hipertensión*

arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 3” de 15 años de evolución, e informa que se integró el EXP-MED-1, el cual se encuentra pendiente de resolver por la Comisión Bipartita de atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS.

19. Opinión médica, de fecha 09 de septiembre de 2022, emitida por personal adscrito a este Organismo Nacional.

20. Correo electrónico de 17 de noviembre de 2022, por medio del cual la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS informó a este Organismo Nacional que el EXP-MED-1 tramitado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo técnico de ese Instituto se encuentra pendiente de resolución.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. En términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas, el IMSS inició el EXP-MED-1 tramitado ante la Comisión Bipartita de atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, el cual se encuentra pendiente de resolver, tal como se informó mediante correo electrónico del 17 de noviembre de 2022. En este sentido, a la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el resultado de dicha investigación.

22. De la misma forma, no se cuenta con antecedentes de que exista carpeta de investigación iniciada ante el agente del Ministerio Público de la Federación de la FGR, ni ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, relacionados con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

23. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2022/6/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección y a la información en materia de salud de V, atribuibles a personal médico del HGZ1-A; 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, como diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad renal

24. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona adulta mayor de 78 años, con antecedentes de padecer diabetes mellitus, hipertensión y encontrarse en estudio para determinar enfermedad renal, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, se entiende que deben recibir una atención prioritaria e inmediata, sobre todo por parte del personal de salud, cuya función primordial es brindar la asistencia en esa materia implica que debe recibir

una atención prioritaria e inmediata y en este caso, tal obligación le correspondía a personal del HGZ 1-A.

25. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquél *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”*.¹

26. De acuerdo con lo previsto en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 1, de la Agenda 2030,² el ideal es poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo, así como fomentar la resiliencia de este sector y las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Dichos objetivos consideran a la dignidad de las personas como uno de sus ejes centrales para lograr un Desarrollo Sostenible, por lo que corresponde al Estado Mexicano generar todas las acciones necesarias para alcanzar estos objetivos, más aún cuando ya existe un marco jurídico de la protección de los derechos humanos el cual debe soportar acciones encaminadas a garantizar la inclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

27. Al respecto, la CrIDH, al realizar el análisis de la Norma General establecida en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, precisa que *“el Estado está obligado a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a organizar al poder público para garantizar a las personas bajo su jurisdicción el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos”*,³ es en este sentido que el Estado Mexicano, en todos sus niveles, es responsable de generar

¹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26. Y CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

² Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

³ Opinión Consultiva OC-17/2002 de 28 de agosto de 2002. Pág. 70

las políticas públicas para asegurar a las poblaciones vulnerables el acceso a sus derechos.

28. El sistema jurídico mexicano señala que 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.”*⁴

29. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del 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.

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

⁴ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

31. 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 3o. fracción I, se define que son: *“Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4o. 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.”*

32. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5o. fracciones I, III y IX de la citada Ley se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos y uno de los objetivos de esta ley, se insertó en su artículo 10 que dispone la obligación de las autoridades de 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.

33. 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.”*

34. Por otra parte, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.⁵ Para dicho Organismo

⁵ OMS, *“Enfermedades crónicas”*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

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 audición⁶.

35. El IMSS ha señalado 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 y las que generan mayor costo a ese Instituto son las enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mamá, **la insuficiencia renal crónica**, como complicación de las dos primeras.⁷

36. Bajo este contexto, para esta Comisión Nacional las personas adultas mayores, que además presentan una o varias enfermedades crónicas y degenerativas, en algunos casos incapacitantes, por su situación de vulnerabilidad, son más susceptibles de ser víctimas de actos que menoscaban su dignidad, atentando contra sus derechos humanos, particularmente su derecho humano a la protección de la salud, pues sus padecimientos originan mayores factores de riesgo que implican poner en peligro su integridad e incluso su vida, pues en la mayoría de los casos sus capacidades se hayan disminuidas tanto para protegerse, como para hacer frente a las consecuencias negativas de sus enfermedades, y en caso de actualizarse una violación a sus derechos humanos, los efectos suelen ser más severos y dar origen a otros factores de vulnerabilidad, por lo que requieren de atención prioritaria.

37. Este Organismo Nacional ha documentado y acreditado varios casos de

⁶ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p.8.

⁷ IMSS, “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40

violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por parte del IMSS en agravio de personas adultas mayores con enfermedad renal crónica⁸, que se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta causas subyacentes.

38. De acuerdo con lo que refiere la Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC, la insuficiencia renal crónica está directamente relacionada con la hipertensión, la diabetes y las dislipemias, enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas en nuestro país, señalando que además de que es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal, en cuanto la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada para ocasionar la muerte o bien para requerir terapias de sustitución renal, destacando que el inicio de dicha terapia se debe realizar en forma oportuna e individualizada para evitar complicaciones derivadas del síndrome urémico que son potencialmente peligrosas para la vida.

39. En el mismo sentido, la citada Guía destaca que la enfermedad renal crónica afecta muchos órganos y sistemas y en su fase final llega el síndrome urémico con unas características clínicas muy manifiestas y de gran impacto en el estado general de los pacientes, siendo esta condición una de las indicaciones que se toman en cuenta para iniciar los procedimientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

40. Por otra parte la Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, establece que esta es una

⁸ Recomendaciones 165/2022, 94/2022, 40/2022 39/2022, 113/2021, 51/2021; 49/2020, 35/2020, 23/2020, entre otras.

complicación recurrente, asociada en forma importante con la morbilidad, mortalidad y aumento de los costos sociales y económicos, destacando que los pacientes que tienen este tipo de asistencia ventilatoria por más de 48 horas incrementan una letalidad de 20 a 25% y el riesgo a adquirir neumonía es 21 veces mayor por el deterioro de los mecanismos de defensa del paciente y la colonización por microorganismos patógenos que disponen al paciente críticamente enfermo al desarrollo de la neumonía asociada a ventilación mecánica, por lo que se recomienda que los hospitales desarrollen estrategias de vigilancia y prevención efectivas para evitar complicaciones.

41. De acuerdo con la Opinión médica emitida por esta Comisión Nacional para el presente caso existen elementos que permiten acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, así como, al acceso a la información en materia de salud, en agravio del finado V, por parte del personal médico adscrito al HGZ 1-A, al no proporcionar una adecuada prestación del servicio público en materia de salud.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

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

43. Conforme lo dispone la CPEUM en su artículo 4, toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la cual se define en la Ley General de Salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia*

de afecciones o enfermedades.”⁹

44. Por su parte, en 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 OMG o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”¹⁰*

45. La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, párrafo primero, establece 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...”*

46. Para esta CNDH el derecho a la protección de la salud debe entenderse como una prerrogativa de exigir a los organismos del Estado, contar con un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y para ello, *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones y 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”*, tal como quedó señalado en la Recomendación General número 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*

⁹ Ley General de Salud, artículo 1bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

¹⁰ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4,CESCROBSERVACION GENERAL 14.

del 23 de abril de 2009.¹¹

47. En el caso que nos ocupa, se advirtió que V, de acuerdo con las constancias enviadas por el IMSS, inició su atención médica cuando fue llevado por sus familiares el día 13 de diciembre de 2021 al servicio de urgencias del HGZ1-A, en la Ciudad de México, perteneciente al IMSS, debido a que había sufrido aumento de volumen en miembros inferiores, edema, astenia, adinamia y disnea de pequeños esfuerzos por dos semanas, sin que se prestara el servicio médico adecuado y oportuno.

48. Por lo que es de precisar, que el derecho a la salud es un derecho humano, que debe ser obligatoriamente atendido y conlleva el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar una mayor atención y nivel de salud, conjunto de necesidades que se encuentran descubiertas por el HGZ 1-A, ya que el área de Hospitalización ha sido rebasada respecto a la capacidad diaria requerida, para brindar una atención de calidad a los pacientes que acuden por atención médica, debiendo permanecer los pacientes en el área de urgencias por periodos por demás extraordinarios a los marcados por el apartado 5.6 de la Norma oficial Mexicana de los Servicios de Salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

49. Asimismo el HGZ 1-A no cuentan con disponibilidad en las áreas de especialización como lo es cuidados intensivos y nefrología, a pesar de que una de las finalidades del derecho a la protección a la salud, reconocido por nuestra CPEUM en su numeral 4, es que el Estado obligatoriamente satisfaga oportunamente las necesidades de la población que acuden a los centros de salud

¹¹ CNDH. Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la Salud*”, párr.24.

públicos, protegiendo y dando una eficaz atención a la salud de las personas, que redunden en la prolongación y el mejoramiento de su calidad de vida, conservación y disfrute de condiciones de salud favorables y preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

50. En este sentido, la Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, Sobre el Derecho a la Protección a la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que señala que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por su restablecimiento, 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 a 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.

51. Obligaciones que sin lugar a duda dejaron de ser observadas en la atención brindada V, que redundaron en su muerte al no habersele suministrado oportunamente los tratamientos médicos, así como haber permanecido el paciente expuesto a agentes infecciosos y enfermedades oportunistas, durante los días que permaneció internado, sin haberlo remitido a cuidados intensivos y proporcionarle desde su ingreso la sustitución de la función renal que le correspondía conforme a sus signos y síntomas, en clara contravención de lo que al efecto establece la Ley General de Salud, en sus artículos I, II y V; 23, 25, 27 fracciones II y X; 32, 33, fracciones II y III y 51; así como 9 y 48 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que condicionó, que V no recibiera la adecuada atención médica integral a la que tenía derecho, situación que condicionó su deterioro y su posterior fallecimiento.

B.1. Violación a la Protección de la Salud de V por inadecuada atención médica en HGZ 1-A

52. El 13 de diciembre de 2021, V ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ 1-A, donde fue atendido inicialmente por AR1 quien estableció como diagnósticos la enfermedad renal crónica¹² sin tratamiento sustitutivo de la función renal, probable derrame pleural¹³, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial¹⁴, agregando a su tratamiento un antihipertensivo¹⁵, protector de la mucosa gástrica y solicitó radiografía de tórax, así como laboratorios completos.

53. El mismo 13 de diciembre de 2021, V fue valorado por AR2 quien a partir de la radiografía de tórax observó un derrame pleural derecho de más del 50%, por lo que realizó una toracocentesis diagnóstica¹⁶ y evacuadora, para posteriormente

¹² La enfermedad renal crónica significa que sus riñones están dañados y no pueden filtrar la sangre como deberían. Este daño puede ocasionar que los desechos se acumulen en su cuerpo y causen otros problemas que podrían perjudicar su salud. La diabetes y la hipertensión arterial son las causas más comunes de enfermedad renal crónica. Visible en: <https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html>

¹³ Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica. Visible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000086.htm>

¹⁴ La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada. De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro. Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. Visible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada.>

¹⁵ Sustancias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Actúan sobre diversos mecanismos fisiopatológicos, situados en el sistema nervioso y en el cardiocirculatorio, e influyen sobre el funcionamiento renal y el equilibrio hidroelectrolítico. Pueden actuar también por vía enzimática. Reducen la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Visible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/farmacos-antihipertensivos#:~:text=Sustancias%20utilizadas%20para%20el%20tratamiento,renal%20y%20el%20equilibrio%20hidroelectrol%C3%ADtico.>

¹⁶ La toracocentesis utiliza la guía por imágenes y una aguja para ayudar a diagnosticar y tratar las

enviar para estudio la muestra tomada, además solicitó una radiografía de control posterior al procedimiento, observando una disminución del derrame en un 20%, por lo que agregó al tratamiento un antibiótico.

54. A las 18:00 horas del 14 de diciembre de 2021, V ingresó al área de Medicina Interna del HGZ 1-A, donde un médico, que no firmó el registro del paciente, corroboró una infección en vías urinarias, así como anemia grave, alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de glucosa central, enfermedad renal, así como desequilibrio ácido base, agregando los diagnósticos de choque cardiogénico, bloqueo auriculo ventricular, bradicardia sintomática, insuficiencia cardiaca congestiva, edema agudo pulmonar, neumotórax en resolución, enfermedad renal crónica KDIGO V agudizada, sin terapia sustitutiva de la función renal, anemia normocítica normocrómica grado III, hiperkemia, trastorno ácido base acidosis metabólica de anión gap elevado descompensada, infección de vías urinarias en tratamiento de diabetes tipo II descontrolada, hiperuricemia, estableciendo como tratamiento soluciones parenterales, continuar con sedación y analgesia apoyo mecánico ventilatorio, antibioticoterapia, diurético, anticoagulante y monitorización cardiaca continua, valoración del retiro de la sonda endopleural, señalando cuidados generales por enfermería e interconsulta a nefrología, así como estudios adicionales de laboratorio e imagen.

55. Sin embargo, de conformidad con la Opinión Médica referida, en la atención proporcionada a V el 14 de diciembre de 2021 por un médico del que no se puede determinar su identidad porque la nota carece de firma, el agraviado debía recibir interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos para evaluar la posibilidad de su

efusiones pleurales. Es una condición en la que el espacio entre los pulmones y la pared interior del pecho contiene un exceso de líquido. La toracocentesis ayuda a determinar la causa del exceso de líquidos. También ayuda a mejorar cualquier falta de aliento o dolor mediante la remoción de líquido y la liberación de la presión de los pulmones. Visible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/thoracentesis>

ingreso al mencionado servicio, ya que en ese momento se trataba de un paciente que requería cuidados especiales que sólo podrían ser brindados en esa unidad, debido a que hasta ese momento se había otorgado manejo médico encaminado a estabilizar los síntomas de V, incumpliendo lo previsto en la NOM de las UCI, donde se establece cuáles son las condiciones que deben presentar los pacientes para solicitar su ingreso a esas Unidades, siendo que en el caso de V, a pesar de encontrarse evidentemente en ese rango, no fue considerado por los médicos que lo atendieron para realizar esa interconsulta.

56. El día 15 de diciembre de 2022, V fue atendido por AR6 quien dejó de inscribir en su nota médica todos los signos vitales del paciente, no obstante mencionó que éste cursaba *“con una descompensación de su falla cardíaca que lo llevó al edema agudo pulmonar, por la evolución subaguda el origen más probable es la retención hidrosalina por la falla renal, pero otra probabilidad son infarto de ventrículo derecho (por la bradicardia presentada) o tromboembolia pulmonar realizaremos EKC con derivaciones posteriores en cuanto su estado hemodinámico mejore, así como curva cardíaca”*, por lo que es claro que en ese momento el paciente presentó complicaciones derivadas de una concentración elevadas de líquido en los pulmones, cuyo origen se consideró primeramente la falla renal, misma que se había acreditado mediante los resultados de laboratorio previamente obtenidos y que junto con las otras probabilidades comprometían en forma importante la vida de V, motivo por el cual se debió de solicitar la interconsulta a la UIC para que tuviera la posibilidad de ser ingresado al servicio donde le dieran una atención más específica, aunado a que el manejo de la vía aérea lo hacía candidato a ese servicio, tal como lo prevé la NOM de las UIC.

57. El 17 de diciembre de 2018, el paciente fue nuevamente valorado en el área de medicina interna del turno vespertino por AR4, quien analizó el electrocardiograma

del paciente del que se desprendió datos de sobre carga ventricular, sin alteraciones de tipo isquémico, así como tampoco elevación del segmento ST, describiendo que V continuaba bajo sedación y apoyo ventilatorio, que como ya se expuso eran características que lo hacían candidato a ingresar a la UIC, sin que se hubiera solicitado la interconsulta respectiva.

58. En la citada valoración de V por AR4 también se estableció que a pesar de que el paciente tenía medicamento estimulante de la función cardiaca presentaba ligera hipotensión, acompañada de disminución de los latidos cardiacos, a nivel pulmonar estertores bilaterales, aumento en el volumen por retención hídrica, es decir, edema, en tejidos blandos, región testicular así como en extremidades superiores y con cierta persistencia al declive, destacando AR4 que V cursaba con complicaciones propias de la falla renal, por lo que en ese momento solicitó interconsulta al área de nefrología, sin embargo el mismo médico indicó en su nota *“se envió, sin embargo no estaba disponible”*.

59. Es importante mencionar que en la misma ocasión, AR4 solicitó una interconsulta al área de cirugía general para la valoración de V en una eventual colocación de catéter Tenckhoff el cual tendría la finalidad de realizarle la diálisis peritoneal.

60. Lo anterior, evidencia que hasta ese momento el servicio de nefrología no había valorado a V y ante la urgencia dialítica reportada en el caso a partir de sus estudios, como lo fue la persistencia en la hiperkalemia, acidosis metabólica y sobrecarga de volumen, la Opinión Médica señala que desde en ese momento también AR4 debió solicitar interconsulta a la UCI, además, ante la falta de personal del área de nefrología, se debió solicitar traslado de V a una unidad médica donde le pudieran realizar en forma inmediata la terapéutica dialítica, tal como lo establece

la NOM para las UCI.

61. El 18 y 19 de diciembre de 2021, V fue valorado por AR5 quien precisó que persistía la hipotensión, bradicardia y bradipnea a pesar de contar con tratamiento estimulante de la función cardiaca y apoyo mecánico ventilatorio, destacando el médico que el día 19 *“se notificó que no hay catéter de diálisis”*, continuando el paciente con alteraciones propias de la enfermedad renal e indicativas para el tratamiento sustitutivo de la función renal de manera inmediata, en términos de lo previsto por la Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC; no obstante, a 6 días de haber ingresado a ese HGZ 1-A y a pesar de que en las diferentes notas médicas se hicieron constar claramente las condiciones de V, a esa fecha no se le había practicado la terapéutica requerida a su caso, ni se había solicitado su valoración por la UCI con miras a un posible traslado a una unidad que contara con los insumos de que en ese momento carecía dicho HGZ1-A, lo cual desde el punto de vista de la Opinión Médica dicho médico incumplió con lo previsto en la NOM de las UCI, lo cual le correspondía realizar a AR3 como médico tratante.

62. El 20 de diciembre de 2021 a las 8 horas, el personal de enfermería a cargo de V recabó sus signos vitales de donde se advierte que presentaba frecuencia cardiaca y respiratoria disminuidas, siendo valorado por AR8 hasta las 10:10 horas, quien refirió que a partir de los signos de V, éste continuó con persistencia en el deterioro hemodinámico y tensión arterial baja, por lo que solicitó valoración por nefrología y ordenó ayuno de 8 horas y mejorar hemoglobina con transfusión de al menos un concentrado eritrocitario, manteniendo en reserva dos paquetes globulares y dos plasmas frescos congelados, lo cual se considera inadecuado, debido a que en la Opinión Médica se describe que el médico debía solicitar consulta a la UIC para valoración de V ante la falta de personal del servicio de nefrología y la urgencia dialítica que presentaba y como consecuencia.

63. En la misma fecha, V fue valorado por PSP13 hasta las 17:21 horas, destacando el médico en su nota que el paciente cursaba con datos de enfermedad renal terminal con requerimiento de terapia sustitutiva de la función renal, siendo candidato para diálisis peritoneal, procediendo el mismo médico a realizar el procedimiento para la colocación de catéter una hora con cuarenta minutos después de su primer evaluación, refiriendo “*diálisis en agudo*”, y como lo señala la Opinión Médica, a pesar de haber sido la atención idónea, de acuerdo con la Guía de para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC, se considera tardía dado que el paciente, de acuerdo con sus signos, desde la fecha de su ingreso cursaba con síntomas que debieron ser remitidos con la terapia sustitutiva de la función renal.

64. Posteriormente, las valoraciones de V correspondientes a los días 21 al 24 de diciembre de 2021, corrieron a cargo de AR3, quien asentó los resultados de laboratorio obtenidos los días 14 y 22 de diciembre de 2021, en los que sobresalió la enfermedad renal de V, el aumento en la glucemia central anemia grave, desequilibrios hidrolíticos e infección de vías urinarias, así como acidosis metabólica, agregándose un proceso infeccioso, destacando en este periodo que de conformidad con la Opinión Médica no se realizaron medidas encaminadas a revertir el estado anémico de V, el cual fue revelado desde su ingreso, por lo que AR3 dejó de observar la Guía de para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC, en donde se establece que los pacientes con ERC en etapa 5, como el caso de V, debe iniciar con tratamiento con ESA, el cual no se le aplicó a V.¹⁷

65. El día 23 de diciembre de 2021, AR3 reportó que los resultados de laboratorio de V (de cultivos de aspirado bronquial) resultaron positivos para *Klebsiella*

¹⁷ Definición.- Sustancia que estimula la médula ósea para elaborar más glóbulos rojos. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/esa>

Pneumoniae Luviverea Cryocescenes, Entterobacter Cloacae y Acibnetobacter Baumannii, por lo que evidentemente cursaba por proceso infeccioso a nivel pulmonar con microorganismos ampliamente relacionados con el apoyo mecánico ventilatorio, en ese entonces con diez días de intubación, no obstante como lo refiere la Opinión Médica no existió modificación por parte del médico tratante que incluyera un esquema más extenso tal como lo establece la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, que prescribe que ante la sospecha de que en este padecimiento intervengan microorganismos multirresistentes, se requiere incluir en el tratamiento del paciente una cefalosporina anti-Pseudomonas, o un carbapenémico, o un β -lactámico con inhibidor de β -lactamasa, más un fluoroquinola anti-seudomonas o un aminoglucósido.

66. El día 25 de diciembre de 2021, AR5 señaló que V presentaba un aumento en la tensión arterial y bradicardia, aún bajo sedación, con pupilas respondiendo a estímulos luminosos, reflejo corneal, tusígeno, nauseoso, bajo respiración mecánica ventilatoria, campos pulmonares con presencia de estertores subcrepitantes, bilaterales de predominio derecho, sonda nasogástrica, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, portador de catéter Tenckhoff, sin irritación peritoneal, disminución de movimientos peristálticos y sonda Foley, destacando que el choque cardiogénico se encontraba remitido; sin embargo, la Opinión Médica refiere que en ese momento el paciente ya presentaba choque séptico secundario a neumonía adquirida en el hospital, obteniendo una respuesta favorable en la función renal desde el momento de la colocación del catéter, que para ese entonces contaba con cinco días de esa terapia, situación que de haberse realizado desde el momento del ingreso hubiera favorecido el estado de salud del agraviado, tal y como lo recomienda la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

67. Por lo expuesto, es claro que de haberse realizado la terapia de sustitución de la función renal desde el ingreso de V, su salud se hubiera visto favorecida, tal como lo previene la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, que propone limitar los días de estancia de procedimientos invasivos, para prevenir este tipo de neumonía, situación que no aconteció para V quien sumaba más de 12 días de atención hospitalaria.

68. El día 27 de diciembre de 2021 a las 11:24 horas se le efectuó una nueva valoración a V por parte de PSP1, quien señaló que por haber cursado con intubación prolongada, debía realizarse un cambio en el acceso del apoyo mecánico ventilatorio de V, solicitando cánula e interconsulta al servicio de cirugía general y disponibilidad de paquetes globulares, destacando que al momento de esta consulta, V se encontraba sin sonda endopleural y con intubación orotraqueal prolongado, sin que obre evidencia en el expediente clínico que permita determinar el momento en que le fue retirada la misma.

69. El día 29 de diciembre de 2021 a las 19:30 horas, V fue reportado por AR4 con hipotensión importante, deterioro ventilatorio relacionado a su diagnóstico urémico, así como otras patologías de base, las cuales sumadas a la condición neurológicas disminuidas, por lo que no era posible realizar protocolo de extubación, pese haberse suspendido los sedantes al paciente 48 horas antes, destacando que presentaba hipoventilación y broncoespasmos bilaterales así como estertores diseminados, lo cual evidenciaba la gran cantidad de secreciones purulentas en cavidad oral y cánula, por lo que aplicó broncodilatadores sin obtener mejoría y realizó cambio de cánula.

70. En este momento se inició la solución para compensar una insuficiencia circulatoria de V, así como un estimulante para la función cardíaca, pero al

presentar una elevación de la tensión arterial se le realizó un cambio de catéter central por uno yugular central para la medición de la presión venosa central, además de que se realizó un cambio de antibioticoterapia, sin embargo, la Opinión Médica refiere que AR7 continuó siendo omiso en solicitar la interconsulta al servicio de UCI, pues V aún presentaba síntomas compatibles con los expuestos en la NOM de las UCI para derivar a un paciente a ese servicio.

71. El paciente continuó con vigilancia y tratamiento del servicio de medicina interna del HGZ 1-A, practicando el día 30 de diciembre de 2021 la traqueostomía, sin que se cuente con notas respecto de ese procedimiento en el expediente clínico enviado a esta Comisión Nacional por el IMSS, por lo que no es posible determinar si el mismo se apegó a la literatura médica especializada relacionada con ésta incumpliendo con la NOM del expediente clínico, sin embargo, de las documentales que obran en tal expediente clínico se aprecia que V continuó con hipoventilación bilateral, persistencia de la anemia grave, secreciones abundantes sin presentar mejoría del estado neurológico a pesar de encontrarse ya sin sedación.

72. El 06 de enero de 2022 de acuerdo a la nota médica suscrita por PSP6 indicó que V completó su esquema de antibióticos, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad espontánea, sin embargo, el día 7 del mismo mes y año, el personal de enfermería a cargo de los cuidados de V reportó que éste presentó inestabilidad hemodinámica con ausencia de pulso y tensión arterial, entrando en paro cardio respiratorio, siendo atendido por AR3 y PSP6, quienes practicaron al paciente maniobras de reanimación cardio pulmonar por 20 minutos, sin lograr retorno de la circulación espontánea, documentados en un trazo isoeléctrico, declarando la muerte de V a las 12:47 horas, estipulando como causa de muerte choque séptico, neumonía nosocomial ambas de diez días de evolución.

73. A partir de lo narrado en los párrafos precedentes, resulta evidente para esta Comisión Nacional que desde AR1 hasta AR8 dejaron de observar la Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal, la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, así como la NOM del expediente clínico, NOM de las UCI además de la Ley General de Salud, su Reglamento en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Medica y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

74. Lo expuesto es así debido a que en la Opinión Médica se menciona que V, de 78 años, a pesar de contar al momento de ingresar a HGZ1-A, con antecedentes de hipertensión arterial sistemática de 16 años de evolución, diabetes mellitus de 15 años y bajo protocolo de estudio para la estratificación de la enfermedad renal “de recién aparición”, según las notas médicas elaboradas al momento de su ingreso en el HGZ 1-A, permaneció internado veinticinco días sin que se le brindara el tratamiento médico idóneo a su padecimiento, como lo es haber sido canalizado al área de Cuidados Intensivos, así como el haberle colocado en forma oportuna el catéter para el procedimiento de diálisis peritoneal que requería desde su hospitalización inicial, así como haberle aplicado oportunamente un esquema completo de antibióticos desde el momento de la detección de los múltiples microorganismos intrahospitalarios que le detectaron con los diversos estudios de laboratorio que le fueron realizados desde su ingreso al Servicio de Urgencias del HGZ 1-A, omisiones que incidieron en la aparición de la neumonía en el paciente, mismo que era previsible de acuerdo con la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, que señala como obligación evitar estancias prolongadas en los pacientes que requieren ventilación mecánica, como lo fue en el caso de V, pues de haberle brindado la atención adecuada que requería por su principal padecimiento, como lo fue la enfermedad renal, podría haber mejorado su condición y lograr el retiro del equipo de asistencia respiratoria.

75. Al respecto, esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado en varios asuntos 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 crónicas, observándose en la mayoría de los casos que, durante el desarrollo de los padecimientos de las víctimas, entre sus factores de riesgos se contemplaban una o varias enfermedades crónicas degenerativas¹⁸.

76. En este sentido y considerando lo expuesto, esta CNDH observa que la actuación AR1 a AR8 adscritos al HGZ 1-A del IMSS, respecto de la atención médica que se le brindó a V, persona de 78 años, y por las condiciones clínicas presentadas al momento de su ingreso, era necesario el apoyo mecánico ventilatorio así como la extracción del líquido presentado en los pulmones, sin embargo debido a las alteraciones eran secundarias a la agudización de la enfermedad renal (síndrome urémico), se debió priorizar la terapéutica encaminada a mejorar la función renal de igual fue hasta 8 días después a la documentación de la infección en el tracto respiratorio cuando se realizó la traqueostomía, tiempo el cual favoreció a la incubación de microorganismos los cuales a pesar de ser plenamente identificados, no se realizó progresión terapéutica, por lo que la causa que originó el fallecimiento de V, se encontró ampliamente relacionada al apoyo mecánico ventilatorio prolongado, el cual derivó a una demora en el inicio del tratamiento de sustitutivo de la función renal, el cual de haberse iniciado de manera oportuna, hubiera tenido la posibilidad de reducir el tiempo de intubación y con ello el riesgo de contraer neumonía y subsecuentemente la sepsis, lo cual vulneró su derecho a la protección de la salud, previsto en los preceptos legales invocados.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 165/2022, 56/2022, 40/2022, 39/2022, 113/2021, 51/2021, 49/2020, 35/2020, 23/2020, entre otras.

C. DERECHO A LA VIDA

77. El derecho a la vida se encuentra reconocido en 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; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

78. La CrIDH ha establecido que: *“es un derecho humano fundamental [...] De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido [...] comprende, no sólo el derecho [...] de no ser privado de la vida [...] también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones [...] para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él [...]”*;¹⁹ asimismo *“juega un papel fundamental [...] por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos”*.²⁰

79. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

¹⁹ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

²⁰ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

80. La SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho [...] En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...]”*.²¹

81. La Comisión Nacional en la Recomendación 52/2020, párrafo 63, emitida el 29 de octubre del 2020 señaló que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico 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 (médicos) para preservar la vida de sus pacientes”*.

82. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen una profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana;²² en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por, personal médico adscrito al HGZ1-A, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente.

²¹ SCJN, Tesis Constitucional, *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*, Registro 163169.

²² *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

C.1. Violación al derecho humano a la vida de V

83. Conforme a la información vertida en el certificado de defunción de V, de fecha 07 de enero de 2022, se estableció como las causas de su muerte “*choque séptico y neumonía nosocomial*” de 10 días de evolución, así como “*hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 3*” de 15 años de evolución.

84. Tal como quedó desarrollado en el apartado anterior, la atención médica brindada a V, desde el momento de su ingreso al HGZ 1-A, no fue oportuna, ni adecuada, debido a que en principio no se le proporcionó el tratamiento sustitutivo de la función renal que era lo indicado, situación que aconteció cuando ya llevaba 7 días de internamiento.

85. De la misma forma quedó establecido que al ser intubado el paciente corría riesgos de contraer enfermedades nosocomiales, siendo en la literatura médica que ya se mencionó, donde se hace especial énfasis en que esta eventualidad puede ser evitada reduciendo el tiempo de internamiento de los pacientes, lo cual no sucedió en este caso, pues no al no realizarse el primer procedimiento ante la falla renal del paciente, no se obtuvo la mejoría necesaria para extubarlo y evitar que los microorganismos adquiridos en el hospital, coadyuvaran en el deterioro del paciente.

86. Adicionalmente, la falta de remisión del paciente al área de Cuidados Intensivos, como también se menciona en el apartado anterior, generó que los cuidados y atenciones de V no tuvieran el nivel que correspondía a su gravedad, lo que evidentemente propició que su deterioro avanzara hacia complicaciones que derivaron en la sepsis y finalmente en su fallecimiento.

87. No pasa inadvertido que la falta de atención del paciente por el servicio de nefrología, fue determinante para el avance de las complicaciones médicas de V, pues a pesar de que se requirió el servicio de esa área, adecuadamente desde el 14 de diciembre de 2021, no se le brindó el servicio, destacando también la anotación realizada en el expediente del paciente, respecto de que no se contaba con catéter para realizar la diálisis, sin que en ese momento AR5 indicara el traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos, o bien a otra unidad que contara con el servicio de nefrología.

88. Por lo expuesto el tratamiento médico brindado no se ajustó a los lineamientos, criterios y normas aplicables, ya que de realizarse el tratamiento sustitutivo de referencia de manera inicial a su internamiento, se hubiera disminuido el tiempo de empleo del apoyo mecánico ventilatorio y con ello reducir la posibilidad de presentar neumonía asociada a la ventilación mecánica, que ocasiono su fallecimiento, tal como se refiere en el certificado de defunción de V.

89. Por todo lo anterior, se considera que AR1 a AR8 vulneraron los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas mencionadas omitieron realizar.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

90. 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.

91. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²³

92. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*²⁴

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

²³ CNDH. Recomendación 165/2022, párr. 75; 158/2022 párr. 69; 156/2022, párr. 54; 150/2022 párr. 77; 144/2022, párr. 64; 141/2022, párr. 67; 133/2022, párr. 81; 131/2022, párr. 64; 116/2022, párr. 73; 94/2022, párr.79; 82/2022, párr. 49; 57/2022, párr. 69; 56/2022, párr.84; 53/2022párr. 65, entre otras.

²⁴ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

94. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁵

95. De la misma forma la CNDH ha establecido en diversas Recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁶

96. 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 clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar

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

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

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 62/2021, 71/2021, 13/2022, 26/2022, 39/2022, 44/2022, 57/2022, 82/2022, 94/2022, 131/2022, 144/2022, 156/2022 y 158/2022.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

97. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGZ1-A del IMSS, al verificarse ausencia de notas médicas, nombres de médicos tratantes, falta de continuidad de notas e indicaciones médicas, así como hojas de procedimientos y enfermería.

98. En este sentido es importante destacar, que la integración del expediente clínico de V, no se ajusta a lo previsto por la NOM del expediente clínico, la cual refiere que los documentos del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

99. Por lo que, la correcta integración del expediente clínico de V es una obligación a cargo de los prestadores de los servicios médicos del IMSS, tanto para su conformación como para su conservación, ya que contiene los antecedentes

médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada debe tomar medidas para que la norma oficial relativa, sea cumplida en todos sus términos.

100. Del análisis de las constancias que obran dentro del expediente de queja y de la Opinión médica efectuada por el especialista de la CNDH, podemos observar que el expediente clínico se encuentra integrado de forma irregular, lo que transgrede la NOM-004-SSA3-20212, del expediente clínico y el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, toda vez que de las copias certificadas del expediente clínico integrado en HGZ1-A, se advierte la falta de continuidad de notas e indicaciones médicas, así como hojas de procedimientos y enfermería.

101. Lo anterior es así, ya que de la simple lectura del expediente clínico de V se advirtió que la nota médica de ingreso al área de reanimación del turno nocturno del HGZ 1-A de 13 de diciembre de 2021 a las 02:45 horas, no se inscribió el nombre, cargo ni firma de ningún médico como responsable del paciente, misma situación que ocurrió en la nota de ingreso de V al servicio de medicina interna del mismo HGZ 1-A del 14 de diciembre de 2021 a las 18:00 horas y la nota de indicaciones médicas de medicina interna de la misma fecha, así como en la carta de consentimiento informado de 17 de diciembre de 2021, en la nota de indicaciones médicas de medicina interna de 23 de diciembre que únicamente presenta una firma, sin señalar a quien corresponde.

102. Por lo que se refiere a las notas del servicio de medicina interna del citado HGZ 1-A, se advierte la reiterada utilización de sellos de los médicos y especialistas que intervinieron en la atención de V, los cuales son AR2, AR3, AR5 y AR6, además

de PSP1, PSP2, PSP3, PSP4, PSP6, y PSP7, éstos últimos que si bien atendieron a V de manera adecuada sí se advirtieron irregularidades, puesto que en muchos casos carecen de sus firmas autógrafas, así como su adscripción, puesto que al ser sellos que solo contienen su nombre, cedula profesional o matrícula, al colocarse sobre las notas, no permite su impresión completa y correcta, por lo que no se cuenta con certeza de sus adscripciones correctas al momento en que brindaron sus servicios a V.

103. Adicional a ello, tal como lo expresa el IMSS en su informe del 24 de febrero de 2022, en el expediente médico de V no obran notas pre y post operatorias, así como evidencia de informe a sus familiares, sin que tampoco hubiera generado acciones para dar aviso a las instancias competentes sobre estas omisiones.

104. Por lo que evidentemente en el presente caso se violentó lo señalado en los numerales 5.10, 5.11, 6.1.2 y 7.1.4 de la NOM del Expediente clínico que indican que todas las notas deberán contener entre otros datos, descripción de la exploración física completa, así como asentar la frecuencia cardiaca, peso y talla del paciente y asentar la firma del médico tratante.

V. RESPONSABILIDAD

E. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

105. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las

violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

106. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo antes referido, también se encuentran previstos en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano, por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

107. Es así que se puede establecer que de AR1 a AR8 violentaron los derechos humanos de V, pues la demora en la intervención quirúrgica, así como la deficiente atención médica proporcionada a V, implicó la afectación en perjuicio de su salud que lo llevo a su deceso, toda vez que a pesar de que, por las condiciones clínicas presentadas al momento de su ingreso, era necesario el apoyo mecánico ventilatorio, así como la extracción del líquido que presentaba en sus pulmones, se debió de priorizar la terapéutica encaminada a mejorar la función renal y fue hasta ocho días posteriores a la documentación de infección en el tracto respiratorio cuando se realizó la traqueostomía, lo que favoreció la incubación de microorganismos, los cuales a pesar de estar plenamente identificados, no se realizó progresión terapéutica, lo que propicio la neumonía, que originó el fallecimiento de V.

108. Aunado a lo anterior, del análisis de las constancias que obran dentro del expediente de queja y de la opinión médica efectuada por el especialista de la CNDH, podemos observar que el expediente clínico se encuentra integrado de forma irregular, lo que transgrede la NOM del expediente clínico y el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, toda vez que de las copias certificadas del expediente clínico integrado en HGZ1-

A, se advierte la falta de continuidad de notas e indicaciones médicas, así como hojas de procedimientos y enfermería, a la vez que no consideró sus padecimientos crónicos y degenerativos previos, omitiendo así darle la atención adecuada y oportuna, incumpliendo con ello lo dispuesto por Ley General de Salud, en sus artículos I, II y V; 23, 25, 27 fracciones II y X; 32, 33, fracciones II y III y 51; así como 9 y 48 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

F. Responsabilidad Institucional

109. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

110. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que existe responsabilidad institucional por parte del IMSS con motivo de las violaciones a los derechos humanos antes señaladas, toda vez que no se brindó atención médica de manera adecuada a V, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, omisiones que incluso fueron reconocidas por el propio Instituto al dar respuesta a las solicitudes de información que se generaron, pues desde que se les hizo saber del caso, se remitió a esta CNDH información respecto del estado de salud de V y al analizar el expediente clínico se logró advertir que el paciente no había sido estabilizado y más aún, se encontraba en grave deterioro, por lo que el IMSS tuvo la ocasión de garantizarle la atención adecuada al paciente y así acceder a los servicios de salud

especializados que requería, situación que al no haber ocurrido trajo como consecuencia su fallecimiento.

111. De igual manera, por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto de las notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la referida NOM del expediente clínico, el IMSS es responsable solidario del cumplimiento de esa obligación, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

113. 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”*, de las Naciones Unidas 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.

114. 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 II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VIII, 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud, en agravio de V, se deberá inscribir a las víctimas indirectas en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

115. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación

comprende diversos “modos específicos” de reparar que “varían según la lesión producida”. En este sentido, dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.²⁷

116. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios.

a) Medidas de Rehabilitación

117. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

118. En el presente caso, de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a Q la atención psicológica y tanatológica que requiera, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

²⁷ Caso Carpio Nicolle y otros vs. Guatemala”. Sentencia de 22 de noviembre de 2004. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 89.

119. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para Q, con su previo consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

120. La compensación, establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, 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”*.²⁸

121. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

122. Para el efecto anterior, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de Q, a través de la noticia de hechos que se

²⁸ CrDH. “Caso *Bulacio Vs. Argentina*”, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párr. 90

realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a Q, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de tener por atendido el punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción

123. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

124. En el presente caso, la satisfacción comprende que los funcionarios del IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personas servidoras públicas responsables en la presente Recomendación, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

125. Por lo anterior, se deberá dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero informando las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

126. Las medidas de no repetición, 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, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas, contemplando inclusive la educación en materia de derechos humanos, de modo prioritario y permanente.

127. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS, en el plazo de seis meses después de la aceptación de la presente Recomendación, impartan 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 la normatividad, guías, protocolos y Normas Oficiales Mexicanas citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico del HGZ 1-A , en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto.

128. Asimismo, una vez aceptada la presente Recomendación, en el plazo de dos meses, deberá emitir una circular dirigida al personal del HGZ1-A, que deberá contener las medidas de prevención y supervisión, y con ello se garantice que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos de sustitución de la función renal para los pacientes adultos mayores, conforme a lo dispuesto tanto en la Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC, como en la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica citadas en esta Recomendación; hecho lo anterior, se remitan las constancias con que se acredite dicho cumplimiento.

129. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de Q, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a Q, que incluya la medida de compensación, 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 psicológica y tanatológica que requiera Q por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente

Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; además de proveerles en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento previo e informado; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se imparta en un término de seis meses, contados 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 la normatividad, guías, protocolos y Normas Oficiales Mexicanas citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HGZ1-A de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se

incluya los programas, objetivos, actividades, currículos de las personas facilitadoras, constancias de asistencia, así como videos de la impartición. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGZ1-A, que deberá contener las medidas de prevención y supervisión, y con ello se garantice que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos de sustitución de la función renal para los pacientes adultos mayores, conforme a lo dispuesto tanto en la Guía para el tratamiento sustitutivo de la función renal en la ERC, como en la Guía de la neumonía asociada a la ventilación mecánica citadas en esta Recomendación; hecho lo anterior, se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

130. 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.

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

132. Con el mismo fundamento jurídico antes señalado, le solicito a usted, 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.

133. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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 de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional solicitará 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

RARR