

RECOMENDACIÓN NO. 223 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 197, PERTENECIENTE AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; EN TEXCOCO, ESTADO 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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/2484/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113 fracción I y último párrafo, 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 la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Quejosa Víctima de Violaciones a Derechos Humanos	QV
Víctima Directa de Violaciones a Derechos Humanos	V
Víctima Indirecta de Violaciones a Derechos Humanos	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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



NOMBRE	ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Cridh
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Hospital General de Zona número 197 ubicado en Texcoco, Estado de México	HGZ 197
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”	NOM-SSA3-004-2012
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 28 de febrero de 2020, se recibió en la Oficialía de Partes de esta CNDH, escrito remitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, por razón de competencia, presentado por QV, por la atención brindada a V, de 55 años

de edad al momento de los hechos, en el HGZ 197 donde fue atendida el 24 de febrero de 2020, derivado de que presentaba proceso infeccioso en el pie izquierdo.

6. El 25 de febrero de 2020, fue reportada con los diagnósticos de sepsis secundaria a absceso en tercio proximal de muslo izquierdo, cervicovaginitis, moniliasis oral, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, síndrome urémico y anemia renal, hipertensión arterial sistémica controlada e insuficiencia cardiaca crónica.

7. El 28 de febrero de 2020, V, fue intervenida quirúrgicamente, con drenaje de absceso a nivel de muslo izquierdo, además de lavado quirúrgico y retiro del tejido fibropurulento de la región, con realización de fasciotomía, sin complicaciones.

8. El 05 de marzo de 2020, V, fue reportada por el servicio de enfermería del HGZ 197 con “respiración agónica” y sin registro de presión arterial, por lo que se le realizaron maniobras de reanimación básica y avanzadas con administración de 2 ampulas de atropina, sin obtener respuesta a dichas maniobras.

9. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, el 28 de febrero de 2020, se inició el expediente **CNDH/5/2020/2484/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico del HGZ 197, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja remitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México presentado por QV en fecha 28 de febrero de 2020, el cual por razón de competencia fue remitido a esta Comisión Nacional.

11. Acta circunstanciada de fecha 02 de marzo de 2020.

12. Oficio número 150103260200/SUBMED/0214/2020 recibido en Oficialía de partes de esta CNDH en fecha 19 de noviembre de 2020, mediante el cual el IMSS remitió lo siguiente:

12.1. Oficio número 150105260200/SM/2142/2020.

12.2. Oficio número 150105260200/SM/919/2020.

12.3. Expediente clínico de V.

12.4. Nota inicial del servicio de Urgencias de fecha 24 de febrero de 2020.

12.5. Nota médica del servicio de Urgencias de fecha 25 de febrero de 2020

12.6. Nota médica de Cirugía General de fecha 28 de febrero de 2020.

12.7. Nota posquirúrgica del área de Cirugía General de fecha 28 de febrero de 2020.

12.8. Nota de evolución del área de Cirugía General de fecha 29 de febrero de 2020.

12.9. Nota de evolución del área de Cirugía General de fecha 01 de marzo de 2020.

12.10. Nota de egreso del área de Cirugía General de fecha 05 de marzo de 2020.

13. Opinión médica de fecha 30 de septiembre de 2022, emitida por personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH.



14. Acta circunstanciada de fecha 13 de octubre de 2022, en la cual personal de esta CNDH hizo constar la visita al domicilio de QV, VI1 y VI2 a efecto dar seguimiento al presente caso.

15. Acta circunstanciada de fecha 28 de noviembre de 2022, en la cual personal de esta CNDH, sostuvo una reunión de trabajo con personal del IMSS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. El 28 de febrero de 2020, se recibió escrito de queja remitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en el que QV se inconformó sustancialmente por la atención médica brindada por el personal médico del HGZ 197.

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

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2020/2484/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, bajo las siguientes consideraciones.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

19. La CrIDH, ha sostenido que los Estados “(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente (...) cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.¹

20. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son aquellas que “(...) por diferentes factores o [su] combinación, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”²

21. El artículo 25, de la LGS establece que, conforme las prioridades del Sistema Nacional de Salud, “(...) se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población (...)”, por lo que en ese sentido las personas con padecimientos crónico-regenerativos se encuentran en dicho supuesto.

22. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...).”³

¹CrIDH, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

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

³ Organización Panamericana de la Salud, disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es

23. La OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*⁴. Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición⁵.

24. El Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía...”*⁶

25. La diabetes mellitus es un problema de salud de gran impacto sanitario y social, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, entre otras; potenciada además por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como obesidad, hipertensión arterial y dislipemia, esto es, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

26. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los

⁴ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

⁵ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, pág. 8

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

efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria⁷.

27. En el caso de la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónica-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”*⁸

28. Esta Comisión Nacional considera que, las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible, advirtiéndose que en el caso particular, no se garantizó dicho derecho humano a V con base en lo siguiente.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

29. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las

⁷ CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28, 52/2020, párr.36 y 46/2021, párr.19.

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

personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁹

30. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹⁰

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

32. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, *“toda persona tiene derecho a que su salud sea*

⁹ CNDH, Recomendaciones 43/2022, párr. 25, 40/2022, párr. 34, 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; entre otras.

¹⁰ “Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

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



preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

33. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, ha señalado que: “ (...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.¹²

34. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,¹³ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.*”

35. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el HGZ 197.

B.1. Atención otorgada a V

36. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se advirtió que, en el mes de febrero de 2020, V fue llevada por QV al servicio de Urgencias del HGZ 197, a solicitar atención médica institucional. En dicha instancia médica, fue valorada a su ingreso, siendo reportada con padecimiento

¹² CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

¹³ “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

de días de evolución caracterizado por náuseas, llegando al vómito en 3 ocasiones de contenido gastrobiliar, evacuaciones diarreas en 3 ocasiones, sin fiebre y malestar general, además de los antecedentes de diabetes mellitus 2 de 26 años de evolución en tratamiento, hipertensión arterial sistémica de 3 años de evolución en tratamiento y enfermedad renal crónica de 3 años de evolución en tratamiento con diálisis peritoneal de 3 años de evolución, con 3 baños al día, en ese momento con catéter Tenckoff funcional,¹⁴ con leve descontrol de la hipertensión y con el resto de los signos vitales dentro de parámetros normales, sin embargo, se omitió reportar en la nota de ingreso la presencia del absceso en muslo izquierdo que presentaba V.

37. El 25 de febrero, AR1 reportó a V con los diagnósticos de sepsis secundaria a absceso en tercio proximal del muslo izquierdo, cervicovaginitis, moniliasis oral, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, síndrome urémico y anemia renal, hipertensión arterial sistémica controlada e insuficiencia cardíaca crónica, siendo reportada en esta valoración con signos vitales dentro de parámetros normales, y a la exploración física con presencia de algodoncillo en cavidad oral, en abdomen peristalsis presente, sin irritación; sin reportar dicho médico la presencia del catéter de diálisis peritoneal, sin embargo en esta ocasión el doctor si describió la presencia del absceso en tercio proximal y medial del muslo izquierdo, además de salida de flujo transvaginal blanco y abundante, y con reportes de laboratorio del 24 de febrero de 2020 con glucosa de 568 mg/dl (normal: 60-100), leucocitos de 22,900 (normal: 4,500-10,000), hemoglobina 8.3 mg/dl, plaquetas 236,000 (normal: 150-450 mil).

38. Por lo anterior, AR1, dentro de su plan terapéutico solicito interconsulta por la especialidad de Cirugía General para valoración de absceso, además de indicar gluconato de calcio (tratamiento para hipocalcemia con acidosis metabólica),

¹⁴ Se refiere a una sonda delgada y flexible en la parte inferior del abdomen (el vientre) para drenar un líquido.



nistatina (indicado para micosis) fluconazol (tratamiento antimicótico), y con relación al tratamiento de antibioticoterapia ordenó continuar con ceftriaxona (antibiótico de amplio espectro) y agregar otro antibiótico como lo es clindamicina (antibiótico de amplio espectro); por otro lado, con respecto a la hiperglucemia de 568 mg/dl, indicó insulina NPH intermedia (tratamiento para la diabetes insulínica dependiente) con aplicación de 15 unidades internacionales subcutánea por las mañanas y 15 unidades por las tardes.

39. Sin embargo, a pesar de que AR1 reportó los valores elevados de los azoados que son considerados por la literatura médica como elementos de desecho nitrogenados a consecuencia de la falla renal y caracterizados por una urea de 122 (normal de 0.6-60.6) y creatinina de 10 (norma: 0.17-0.42), ante lo cual, AR1 integró diagnóstico de síndrome renal que se define como una alteración a las funciones bioquímicas y fisiológicas durante el desarrollo de insuficiencia renal en estado terminal, caracterizado por la acumulación de sustancias de retención de uremia y sus toxinas como resultado de la enfermedad renal crónica en etapa final o estadio 5 que presentaba V; sin embargo, AR1 omitió dar la indicación de que se iniciara o se le diera continuidad al tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal, a pesar de que V ya contaba con catéter de diálisis.

40. Por otro lado, respecto al diagnóstico de anemia que también integró en esta valoración toda vez que se reportó hemoglobina de 8.3 mg/dl (normal 12.5-18.5), AR1 omitió indicar tratamiento a base de hemoderivados, por lo que se puede establecer que AR1, omitió que a la agraviada se le brindara una atención integral para la atención de sus comorbilidades, no acatando lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su artículo 48, establece que: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable”*.



41. El 28 de febrero de 2020, AR2 intervino quirúrgicamente a V, con drenaje de absceso a nivel de muslo izquierdo, además de lavado quirúrgico y retiro de tejido fibropurulento de la región con realización de fasciotomía, sin complicaciones aparentes, indicando en ese momento modificar el esquema de antibióticos retirando ceftriaxona-clindamicina y agregando cefotaxima, metronidazol e imipenem; sin embargo, ante el hecho de que V se encontraba tomando antibióticos, no era factible la toma de cultivos; sin embargo, a pesar de haber estado V a un inicio a tratamiento con doble esquema de antibióticos (del 24 al 27 de febrero), con ajuste de los mismos a partir del 28 de febrero de 2020, quedando con triple esquema de antibióticos, el estado de salud de V evolucionó al deterioro, debido a sus comorbilidades, al estado avanzado del proceso séptico y al curso evolutivo fulminante, además de la elevada tasa de mortalidad que conlleva este tipo de proceso séptico grave (fascitis necrotizante), tal y como lo establece la literatura médica especializada.

42. Una vez que la paciente salió del quirófano el 29 de febrero de 2020, se ingresó a piso de cirugía general para continuar con su manejo terapéutico y realización de curaciones diarias en cama, siendo reportada el 01 de marzo de 2020 con salida de exudado escaso a nivel de la fasciotomía realizada en muslo izquierdo, indicando continuar con curaciones y mismo esquema de antibióticos; sin embargo, a pesar de las curaciones realizadas una vez al día a nivel de la herida quirúrgica o fasciotomía y triple esquema de antibióticos, el proceso infeccioso persistió, motivo por el cual el 03 de marzo de 2020, ante reporte de la permanencia de material purulento a través de la herida quirúrgica se programó un nuevo lavado quirúrgico, aceptando y firmando VI2 el consentimiento informado, para la realización de dicho procedimiento quirúrgico-que se realizó el 04 de marzo de 2020; sin embargo, a pesar del tratamiento con triple esquema de antibióticos (cefotaxima, metronidazol e imipenem) y quirúrgico por medio de dos lavados quirúrgicos, la paciente evolucionó al deterioro con respecto al proceso séptico.



43. El 05 de marzo de 2020, V fue reportada a las 7:15 horas por el servicio de enfermería con “respiración agónica” y sin registro de presión arterial, avisándole de inmediato a PSP1 de Cirugía General, quien al acudir al llamado realizó maniobras de reanimación básica y avanzadas con administración de 2 ámpulas de atropina sin intubación, ya que no existía el consentimiento por parte de la familia, atendiendo a que VI2 suscribió un escrito en el que señaló no hacer maniobras de intubación en caso necesario, sin obtener respuesta a dichas maniobras, declarando su fallecimiento el 05 de marzo de 2020 a las 7:32 horas, reportándose como causas de muerte: herida de miembro inferior de 12 días de evolución y diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones múltiples de 24 años de evolución, estableciéndose con ello que a pesar del tratamiento médico a base de doble esquema de antibióticos y dos procesos quirúrgicos por medio de lavados en quirófano con drenaje del absceso a nivel de tejidos blandos del muslo izquierdo, así como fasciotomía y retiro del tejido fibrinopurulento, a consecuencia del estado avanzado del proceso infeccioso (sepsis) con el que ingresó V al HGZ 197, el cual se complicó con choque séptico de origen musculoesquelético a nivel de región inguinal izquierda, diagnóstico que reporto PSP1 en su nota del 05 de marzo de 2020; no siendo posible revertir dicho proceso séptico grave a pesar del tratamiento, y que fuera la causa directa del fallecimiento de V.

44. Aunado a lo anterior, de acuerdo con la opinión médica realizada por el especialista de esta CNDH, se puede establecer que las comorbilidades que presentaba V, contribuyeron también a su defunción, particularmente la diabetes mellitus tipo 2 de 26 años de evolución, la enfermedad crónica renal de 3 años de evolución en etapa 5 en diálisis peritoneal y la hipertensión arterial sistémica de 3 años de evolución, siendo posible determinar con lo anteriormente descrito que el proceso séptico se complicó con choque séptico fue la causa directa del fallecimiento de V.



45. Con respecto a las comorbilidades que presentaba V, en el caso de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con reporte de laboratorio a su ingreso hospitalario el 24 de febrero de 2020 con glucosa de 568 mg/dl, lo que se traduce en un descontrol importante de esta patología previo a su internamiento hospitalario; derivado de lo anterior, tomando en consideración las constancias médicas que constan en el expediente clínico, se advierte que ante el tratamiento que se le indicó, el 27 de febrero de 2020 con nuevo control de laboratorio reportó glucosa de 444 mg/dl, lo que indica que el tratamiento estaba cumpliendo con el objetivo de reducir las cifras elevadas de glucosa; ignorándose posterior a esta fecha los resultados de glucosa hasta el día del fallecimiento de V, toda vez que no fueron enviados nuevos reportes de laboratorio.

46. Ahora bien, con relación a la insuficiencia renal crónica etapa 5 en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal, con reporte de azoados del 24 de febrero de 2020, con urea de 122 mg/dl (normal 8.6-40.6), creatinina de 10.18 mg/dl (normal 0.60-1.30) y nitrógeno ureico de 57.3 mg/dl (normal 7.0-18.0), ante lo cual el 26 de febrero se realizó la primera diálisis peritoneal, siendo un total de 11 diálisis que le fueron practicadas a V, durante su estancia intrahospitalaria; sin embargo, ante el último reporte de laboratorio enviado en las constancias médicas del 27 de febrero de 2020, con urea 176.6 mg/dl, creatinina de 9.76 mg/dl y nitrógeno ureico de 82.6, cifras que en comparación con las reportadas el 24 de febrero de 2020, se advierte que se estaban incrementando los valores tanto de la urea, como del nitrógeno ureico, únicamente presentando una ligera disminución de la creatinina, por lo que ante el incremento de las cifras de azoados, a pesar del tratamiento de diálisis peritoneal que se habían realizado.

47. Por tanto, quedó demostrado que dichas terapias renales no estaban cumpliendo el propósito de reducir los elevados niveles de azoados, por lo que posterior a la cirugía que le fue realizada a V de drenaje del absceso del muslo



izquierdo y de lavado quirúrgico el 28 de febrero de 2020, se ingresó al piso de cirugía general el 29 de febrero de 2020 para seguimiento de la evolución de su estado de salud y tratamiento, indicando en ese momento PSP2 interconsulta al servicio de medicina interna para continuar manejo metabólico; sin embargo, dicha valoración no se realizó, motivo por el cual el 02 de marzo de 2020 el médico adscrito a cirugía general del cual se ignora su nombre, toda vez que no aparece en la nota correspondiente a esa fecha, nuevamente solicitó interconsulta a medicina interna para el manejo de sus enfermedades metabólicas, sin realizarse dicha valoración, por lo que el 03 de marzo de 2020, AR2 insistió en dicha valoración, la cual, tomando en consideración las constancias médicas enviadas en el expediente clínico, no se realizó.

48. Estableciéndose con lo anteriormente expuesto que, ante la falta de valoración por la especialidad de medicina interna para la atención especializada de las comorbilidades que presentó V, no se le brindó una adecuada atención médica integral, a pesar que haberse solicitado e insistido por el servicio de Cirugía General, del 29 de febrero al 03 de marzo de 2020, con lo cual el HGZ 197, incurrió en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece en su artículo 8° que: *“la atención médica tiene por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos”*; así como en su artículo 26, el cual señala que: *“los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos”* y por último en su artículo 48 que establece que: *“los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable”*; si bien es cierto que, la causa directa del fallecimiento de V fue a consecuencia del choque séptico como complicación del proceso infeccioso (sepsis) a nivel de los tejidos blandos de la pierna izquierda (fascitis necrotizante) patología con un pronóstico malo para la vida, también lo es,

que, ante la falta de valoración por medicina interna, a V se le negó un manejo multidisciplinario para un adecuado control y manejo terapéutico de las comorbilidades antes descritas, lo cual contribuyó al deterioro de su estado de salud.

49. Con base en lo anterior, esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica que se le proporcionó a V por parte del servicio de Cirugía General HGZ 197 del 29 de febrero al 03 de marzo de 2020 fue inadecuada, ya que, a pesar de haberse solicitado e insistido en interconsulta a medicina interna para el manejo de sus comorbilidades, dicha valoración no se realizó, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V; asimismo, AR1 omitió indicar tratamiento a base de hemoderivados por tal razón se incumplió con los artículos 8, 26 y 48, del RLGS.

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

50. 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.

51. 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.¹⁵

52. 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.”*¹⁶

¹⁵ CNDH. Recomendaciones 1/2021, párr. 81; 52/2020, párr. 71; 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 párr. 116.

¹⁶ 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.

53. En la Recomendación General 29, *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional, consideró que, *“(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*¹⁷

54. Resulta aplicable la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere *“... la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.¹⁸

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

¹⁷ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 70/2022, párrafo 55; 28/2021, párrafo 103; 4/2021, párrafo 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.



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

56. Al respecto, este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.¹⁹

57. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales; y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁰

58. La CNDH ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de las y los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente

¹⁹ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 85; 52/2020, párr. 75; 45/2020, párr. 92; 35/2020, párr. 115; 23/2020, párr. 95.

²⁰ CNDH, 1/2021, párr. 86; 52/2020, párr. 76; 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68.



clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 40/2022, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019, 33/2019 y 94/2022.

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

60. Asimismo, la idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de las y los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana se cumpla en sus términos.²¹

61. Con base a lo anterior y posterior análisis de las copias del expediente clínico de V, integrado en el HGZ 197, esta CNDH puede establecer desde el punto de vista médico legal, que no se cumplen con las obligaciones decretadas en dicha

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



normatividad por parte de AR2, toda vez que no se encuentra consentimiento informado por escrito de la intervención quirúrgica del 28 de febrero de 2020 consistente en drenaje de absceso a nivel de muslo izquierdo, lavado quirúrgico y retiro de tejido fibropurulento de la región con realización de fasciotomía, realizada por AR2, incurriendo con ello en inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, la cual señala en su numeral 5.1 que *“los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico”*.

V. RESPONSABILIDAD

A. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

62. Esta Comisión Nacional de las observaciones y análisis de las evidencias que integran el expediente de mérito considera que existen pruebas suficientes que acreditan la responsabilidad institucional que derivó en una vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

63. Recae la responsabilidad institucional respecto al HGZ 197, toda vez que existe inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, al no obrar en las documentales del expediente clínico consentimiento informado por escrito de la intervención quirúrgica del 28 de febrero de 2020 realizada por AR2.

64. Asimismo, existe responsabilidad institucional atribuible al HGZ 197 del IMSS, debido a la omisión en el seguimiento de las solicitudes de interconsulta realizadas por el área de Cirugía General en fechas del 29 de febrero al 03 de marzo de 2020 al servicio de medicina interna para el seguimiento de la evolución del estado de salud y tratamiento de V, ante la falta de valoración por la especialidad de medicina interna para la atención especializada de las comorbilidades que presentó, no se le



brindó una adecuada atención médica integral, a pesar que haberse solicitado e insistido con lo cual el HGZ 197, incurrió en inobservancia a los artículos 8, 26 y 48 del RLGS, por lo que se puede señalar que ante la falta de valoración por medicina interna, a V se le negó un manejo multidisciplinario para un adecuado control y manejo terapéutico de las comorbilidades antes descritas, lo cual contribuyó al deterioro de su estado de salud.

B. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

65. Esta Comisión Nacional de las observaciones y análisis de las evidencias que integran el expediente de mérito considera que existen pruebas suficientes que acreditan la responsabilidad en el desempeño de las funciones de AR1 y AR2 que derivó en una vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

66. Igualmente, existe responsabilidad atribuible a AR1, toda vez que omitió dar la indicación de que se iniciara o se le diera continuidad al tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal, a pesar de que V ya contaba con catéter de diálisis; por otro lado, lo relativo al diagnóstico de anemia que también integro en esta valoración toda vez que se reportó hemoglobina de 8.3 mg/dl(normal 12.5-18.5), AR1 no indicó tratamiento a base de hemoderivados, por lo que se puede establecer que omitió que a V se le brindara una atención integral para la atención de sus comorbilidades, no acatando lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su artículo 48, establece que: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable”*.

67. Por otra parte, recae responsabilidad respecto AR2, toda vez que existe inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, al no obrar en las documentales del

expediente clínico consentimiento informado por escrito de la intervención quirúrgica del 28 de febrero de 2020 realizada por AR2.

68. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del paciente, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la persona enferma, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones y análisis de pruebas del presente documento en el caso de V no aconteció.

69. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1 y AR2, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

70. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación integral del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las cuales prevén que al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a

servidores públicos del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado.

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

72. Los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, indemnización, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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



declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.²²

74. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²³

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

a) Medidas de Rehabilitación

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

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

²² CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrs. 300 y 301

²³ Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175



Recomendación se deberá brindar a VI1 y VI2 atención psicológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

78. Esta atención deberá proporcionarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para VI1 y VI2, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente, por el tiempo que resulte necesario e incluir el abastecimiento de medicamentos, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

79. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en otorgarle a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación a derechos humanos.

80. Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social 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 VI1 y VI2, 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 VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.



81. A fin de otorgar la medida de compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.
- Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

c) Medidas de no repetición

82. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

83. Además, es necesario que las autoridades del IMSS, en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente recomendación, se imparta un curso integral dirigido al personal médico adscrito a las áreas de Urgencias médico quirúrgicas, cirugía general y medicina interna y directivos adscritos al HGZ 197 del IMSS, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el



presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos e integración del expediente clínico, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

84. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

85. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

86. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

87. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal médico adscrito a las áreas de Urgencias médico quirúrgicas, cirugía general y medicina interna y al personal directivo adscritos al HGZ 197, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que no se repitan los hechos que motivaron la presente Recomendación y la importancia de integrar correctamente el expediente clínico, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución, así como

ser remitida mediante correo electrónico institucional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

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

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de VI1, así como de VI2, 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 VI1 y VI2, 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 que requieran VI1 y VI2 por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; así como de proveerles de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



TERCERA. Se impartir en el término de seis meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, al cual deberá asistir personal médico adscrito a las áreas de Urgencias médico quirúrgicas, cirugía general, medicina interna y directivos del HGZ 197, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. 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, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones. Hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico adscrito a las áreas de Urgencias médico quirúrgicas, cirugía general, medicina interna y al personal directivo adscritos al HGZ 197, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos e integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias que se acredite el cumplimiento.

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

89. 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.

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

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

92. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional 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