

RECOMENDACIÓN NO. 89/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 17, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CANCÚN, QUINTANA ROO.

Ciudad de México, a 31 de mayo de 2023

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

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42; 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2019/4689/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá

su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta 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. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de 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 son los siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVES
Víctima	V
Quejosa Víctima	QV
Persona Servidora Pública	PSP
Autoridad Responsable	AR

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

DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Público/Organismo Nacional
Hospital General Regional 17, en Benito Juárez, Quintana Roo	HGR-17
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad Médica de Alta Especialidad Mérida	UMAE Mérida
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Fiscalía General de la República	FGR
NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	NOM-025-SSA3-2013
NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica	NOM-030-SSA2-2009

I. HECHOS

5. El 8 de mayo de 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja planteada por QV1, en la que manifestó que el día 26 de abril de ese año, su padre V1, de 47

años de edad, ingresó al área de urgencias del HGR-17 por presentar dolor recurrente en ciática, donde le informaron que su familiar debía ser internado con la finalidad de practicarle una resonancia magnética de urgencia; lo anterior, para evitar su exposición a focos de infección que afectaran su salud debido a las comorbilidades que padecía (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica de larga evolución y obesidad mórbida); sin embargo, refirió que al momento de la presentación de su queja, V1 llevaba 13 días internado y no se había practicado el estudio que se menciona.

6. Con motivo de lo anterior, en el mismo escrito de queja, QV1 manifestó haber indagado sobre la práctica de la resonancia magnética, advirtiendo que a esa fecha, AR2 no había enviado el pase al área correspondiente pues pensaba dar de alta a V1; al respecto, QV1 expuso que debido a la larga estancia de su padre en el HGR-17, su salud se deterioró y contaba a ese momento con una probable infección en el pulmón, un tumor en los testículos, dificultad para moverse y realizar actividades básicas como comer o ir al baño, por lo que solicitó en ese momento la intervención de este Organismo Nacional a efecto de que V1 recibiera una atención médica adecuada y le fuera practicada la resonancia magnética requerida.

7. En seguimiento a lo anterior, los días 8 y 13 de mayo de 2019, QV2 hizo del conocimiento vía telefónica a este Organismo Nacional que tras la presentación de la queja formulada, se practicó a V1 la resonancia magnética solicitada, le efectuaron un cultivo y le tomaron muestras de sangre, encontrándose pendiente la interpretación de los resultados, sin que fuera necesaria a ese momento la realización de alguna gestión inmediata por parte de esta Comisión Nacional para la práctica del estudio que se menciona; sin embargo, su familiar presentó neumonía derivado de su larga estancia en el HGR-17 y se encontraba recibiendo a ese

momento el tratamiento farmacológico correspondiente, sin que se brindara atención por el problema médico de ciática que motivó su ingreso, aunado a que el personal médico que atendió a V1, solicitó la compra de una máscara de sueño, para regular su respiración debido a una crisis de pulmón que presentó el 10 de mayo de 2019.

8. En seguimiento a los hechos, los días 11, 12, 14 y 16 de mayo de 2019, un Consultor de Gestión del IMSS informó a este Organismo Público que V1 presentó neumonía por lo que fue valorado por un especialista en neumología quien ordenó un tratamiento a base de nebulizaciones y una ventilación mecánica no invasiva, ordenando por su parte un protocolo de estudios a fin de atender el dolor lumbar que presentó.

9. El 21 de mayo de 2019, QV1 y QV2 compartieron a este Organismo Público que se encontraba pendiente la práctica de una densitometría magnética en favor de V1, la cual no se había llevado a cabo hasta ese momento; en seguimiento, los días 23, 29, 30 y 31 de mayo, así como de 13 de junio de 2019, un Consultor de Gestión del IMSS informó a este Organismo Nacional que V1 no presentaba cambios en su salud hasta ese momento, que su médico tratante lo diagnosticó con patología lumbar no traumática y requería ser derivado a atención del tercer nivel en la UMAE Mérida; asimismo, con motivo de la valoración por parte de Traumatología y Ortopedia, se le efectuó una resonancia magnética y continuó con tratamiento neumológico a base de corticoides, por su parte el área de Urología prescribió antibióticos ante la presencia de úlceras y masa a nivel de testículos con orquiepididimitis¹ controlada, además de la presencia de obesidad importante

¹ **Orquiepididimitis:** La orquitis bacteriana podría estar asociada con la epididimitis, la inflamación del tubo enrollado (epidídimo) en la parte posterior del testículo que almacena y transporta el

ocasionando contractura paravertebral bilateral, y contaba con diarrea generada por antimicrobianos².

10. Posteriormente, los días 24 y 25 de junio de 2019, QV1, así como un Consultor de Gestión del IMSS, informaron a este Organismo Nacional que V1 fue dado de alta el día 21 de junio del mismo año, respecto a la neumonía que presentaba, y fue canalizado para atención externa por cuanto al problema médico en su columna; sin embargo, rumbo a su domicilio, V1 comenzó a sentirse muy mal, por lo que tuvo que ser reingresado ese mismo día al área de urgencias del HGR-17, donde fue diagnosticado con disnea³ y dolor torácico, sin presencia de neumonía, por lo que se encontraba con retiro de oxígeno, rehabilitación pulmonar, y plan médico para determinar requerimiento de BIPAP⁴ u oxígeno domiciliario, observando además, pérdida de fuerza en miembros pélvicos derivada de canal lumbar estrecho y postración en cama por estancia hospitalaria prolongada, por lo que se solicitó valoración por el área de rehabilitación.

11. El 01 de julio de 2019, un Consultor de Gestión del IMSS, hizo del conocimiento a este Organismo Nacional que, V1 presentaba diversas complicaciones de salud,

esperma. En ese caso, se denomina orquiepididimitis. Diccionario Médico Mayo Clinic, consultable en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/orchitis/symptoms-causes/syc-20375860#:~:text=La%20orquitis%20bacteriana%20podr%C3%ADa%20estar,y%20puede%20afectar%20la%20fertilidad>.

² **Antimicrobiano:** Un antimicrobiano es una sustancia química que, a bajas concentraciones, actúa contra los microorganismos, destruyéndolos o inhibiendo su crecimiento. Glosario Médico consultable en https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/triclosan/es/glosario/abc/antimicrobiano.htm.

³ **Disnea:** La disnea es la dificultad respiratoria o falta de aire. Término médico consultado en <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/disnea#:~:text=La%20disnea%20es%20la%20dificultad,no%20estar%20recibiendo%20suficiente%20aire>.

⁴ **BIPAC:** Un BiPAP es un dispositivo de presión positiva binivelada en las vías respiratorias (BiPAP, por su sigla en inglés). Puede usarse cuando un problema de salud dificulta la respiración.

por lo que se reportaba muy grave e incluso defunción; de manera paralela, ese mismo día QV2 externó su molestia al manifestar que se dio de alta a V1 sin asegurarse que ya no se encontraba presente la bacteria, considerando negligente el actuar del personal médico que lo atendió, aunado a que *“le habían suministrado diversos medicamentos para controlar su presión, que habían dañado sus riñones, generando con ello el deterioro de la salud de su familiar, y finalmente su muerte”*, acontecida en esa misma fecha.

12. En seguimiento a lo manifestado por QV1, el 01 de septiembre de 2019, QV2 recapituló la atención brindada a V1 durante su estancia en el HGR-17, y consideró que el fallecimiento de V1 fue consecuencia del deterioro de su salud por la bacteria adquirida a consecuencia de su larga estancia hospitalaria esperando una atención especializada que nunca se le brindó, por el problema de ciática que motivó su ingreso, aunado a que consideró que el personal médico al darlo de alta de manera precipitada sin asegurarse que ya no contaba con bacteria alguna que lo afectara, también influyó en su deterioro de salud, por lo que solicitó investigar la existencia de negligencia médica en agravio de V1.

13. En razón de lo anterior, ante los hechos expuestos por QV1 y QV2, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2019/4689/Q**, para iniciar la investigación correspondiente, cuyo estudio y valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

14. Escrito de queja presentado ante este Organismo Nacional vía electrónica el día 8 de mayo de 2019, en el cual QV1 manifestó los hechos materia de la queja, solicitando su intervención para que se otorgara a V1 una atención médica adecuada y se realizara el estudio de resonancia magnética que se había ordenado por el médico tratante.

15. Actas circunstanciadas de 8 y 13 de mayo de 2019, en las que constan comunicaciones telefónicas sostenidas con QV1 y QV2, en las que manifestaron que V1 presentó neumonía adquirida por la larga estancia hospitalaria en HGR-17, que estaba siendo tratado con fármacos, quedando pendiente la atención especializada por el problema médico de ciática que motivó su ingreso.

16. Actas circunstanciadas de fechas 14 y 17 de mayo de 2019, en las que constan informes de fechas 11, 12, 14 y 16 de mayo de 2019 enviados por un Consultor de Gestión del IMSS, en atención a requerimientos de atención inmediata formulados por este Organismo Nacional, en los que sustancialmente se informó la atención brindada a V1, destacando la valoración neumológica recibida y el tratamiento otorgado, por la neumonía presentada.

17. Acta circunstanciada de 23 de mayo de 2019, en la que consta comunicación telefónica de 21 de mayo de 2019, sostenida con QV2, quien hizo del conocimiento de este Organismo Nacional que a ese momento no se había practicado a V1 el estudio de densitometría hemática ordenado por el área de traumatología y ortopedia, por lo que solicitó el apoyo correspondiente.

18. Actas circunstanciadas de 23 y 29 de mayo, así como de 13 de junio de 2019, en las que constan informes de 23, 29, 30 y 31 de mayo, así como de 13 de junio de 2019, mediante los cuales, un Consultor de Gestión del IMSS compartió el estado de salud de V1, quién a ese momento continuaba con tratamiento neumológico y de urología, requiriendo atención de tercer nivel en la UMAE Mérida por la patología lumbar no traumática que presentaba.

19. Actas circunstanciadas de 24 y 25 de junio de 2019, en las que constan comunicación telefónica sostenida con QV2 el día 24 de junio de ese año, así como informes de 21, 24 y 25 de junio de 2019, por los cuales un Consultor de Gestión del IMSS compartió a este Organismo Nacional el alta brindada por AR6 a V1 el día 21 de ese mismo mes y año, otorgando consulta externa respecto al problema médico de columna que padecía; sin embargo, el paciente tuvo que ser reingresado al área de urgencias del HGR-17 por presentar disnea y dolor torácico, entre otros malestares ocasionados por la postración en cama por estancia hospitalaria prolongada.

20. Acta circunstanciada de 1 de julio de 2019, en la que consta informe de la misma fecha, mediante el cual un Consultor de Gestión del IMSS compartió la evolución médica de V1, quien contaba a ese momento con dificultad respiratoria derivado de neumonía por acinetobacter y diversas comorbilidades que agravaron el riesgo de complicaciones y probable defunción.

21. Escrito de 01 de septiembre de 2019, suscrito por QV2, en el que recapituló la atención brindada a V1, por lo que solicitó la investigación de negligencia médica en agravio de su familiar.

22. Solicitud de información contenida en oficio V4/45895, de 15 de julio de 2019, por el cual este Organismo Nacional requirió al Titular de la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, la rendición del informe correspondiente relacionado con los hechos materia de la queja.

23. Oficio 095217614C21/2038, de 5 de agosto de 2019, mediante el cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, remitió información solicitada por este Organismo Nacional, así como constancias relacionadas con la atención otorgada a V1 en el HGR-17, y precisó que los antecedentes del caso serían enviados para su análisis al Área de Atención Médica de Quejas para que se determinara lo conducente; destacando lo siguiente:

23.1. Informe de 1 de agosto de 2019, rendido por AR7 en el que comparte el tratamiento y evolución de V1 hasta su fallecimiento a consecuencia de insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía.

24. Oficio 095217614C21/2161, de 15 de agosto de 2019, por el cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, en seguimiento al requerimiento formulado por este Organismo Nacional, remitió copia certificada del expediente clínico integrado en el HGR-17, con motivo de la atención brindada a V1, del que destaca:

24.1. Nota médica inicial de 19 de abril de 2019, elaborada por PSP1, en la que se detalla que tras la valoración efectuada a V1 se determinó un diagnóstico de contusión simple lumbar / artropatía degenerativa, sin que aceptara el ingreso hospitalario, por lo que se expide incapacidad inicial y control en seguimiento en unidad de medicina familiar.

24.2. Nota de egreso de 22 de abril de 2019, elaborada por PSP9, en la que hace constar que V1 manifestó haber presentado una caída del día 19 del mismo mes y año, por lo que fue ingresado a observación para manejo del dolor y se solicitó valoración de ortopedia, otorgando alta a domicilio, con tratamiento farmacológico, cita abierta a urgencias y otorgamiento de incapacidad.

24.3. TRIAGE y nota inicial del servicio de urgencias de 26 de abril de 2019, elaborada por PSP4 con motivo de la atención solicitada por V1, por continuar con dolor en la región lumbar que irradiaba a miembro pélvico derecho con parestesia y disestesia, especificando que el paciente contaba con múltiples ingresos, acudiendo al área de urgencias tras caída “tipo resbalón” de 7 escalones, por lo que se otorgó un diagnóstico de lumbago con ciática, con tratamiento farmacológico, interconsulta a traumatología y ortopedia, con pase a observación regular.

24.4. Nota médica de 29 de mayo de 2019, elaborada por AR7, en la que se asentó la solicitud de traslado para la realización del estudio de electromiografía, firmado por V1 y QV2.

24.5. Informe de Auxiliares de diagnóstico, de 30 de mayo de 2019, por el cual, médica adscrita al Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón, Quintana Roo, informó sobre la realización del estudio de electromiografía de extremidades pélvicas requerido, y adjuntó los resultados del mismo, en los que se brinda su interpretación.

24.6. Nota médica de 19 de junio de 2019, por el cual AR6, determinó que V1 no era candidato a manejo quirúrgico y se continuaría con interconsultas.

24.7. Nota de egreso de 21 de junio de 2019, suscrita por PSP6, en la que da de alta a V1 a su domicilio por sus propios medios, otorgando oxígeno complementario con puntas nasales y tratamiento farmacológico, ordenando control en Unidad de Medicina Familiar y cita en neumología en 4 semanas.

24.8. TRIAGE y Nota Inicial del Servicio de Urgencias del HGR-17, de 21 de junio de 2019, suscrita por PSP7 quien otorgó un diagnóstico de reingreso de V1 de insuficiencia cardiaca congestiva, con pronóstico reservado.

24.9. Historia clínica de 22 de junio de 2019, suscrita por AR8, en el que precisó el reingreso de V1 por neumonía resuelta posterior a estar ingresado 2 meses, quien refirió que al llegar a su domicilio presentó dolor en hemitórax izquierdo, disnea, con pronóstico reservado a evolución de patologías de base.

24.10. Nota médica de 26 de junio de 2019 en la que se establece “...*el paciente recibió orientación e indicaciones terapéuticas para segmentos corporales en presencia de familiar, se dan pormenores relevantes a reserva de que se descarte la fractura de metatarsiano en pie derecho, evitando la manipulación en ese segmento*”, sin que en la misma se pueda precisar nombre y cargo del personal que brindó dicha asesoría, únicamente cédula profesional correspondiente a PSP16.

24.11. Carta de denegación o revocación de consentimiento informado para un procedimiento de fecha 1 de julio de 2019, por el cual QV2 no consiente la realización de procedimiento denominado reanimación cardiopulmonar e intubación en favor de V1, solicitado por AR3.

24.12. Nota de defunción de las 11:58 horas del día 01 de julio de 2019, suscrita por PSP10, donde se observan como causas de defunción de V1, insuficiencia respiratoria y neumonía no especificadas, así como insuficiencia cardiaca congestiva.

25. Oficio 095217614C21/2245, de 20 de agosto de 2019, por el cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, remitió certificado de defunción de V1, en el que se observa como causas de defunción insuficiencia respiratoria, neumonía e insuficiencia cardiaca.

26. Oficio 095217614C21/240, de 27 de enero de 2020, por el cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, compartió que el caso de V1 fue sometido a estudio de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, radicándose el EXPIMSS, concluido el día 4 de diciembre de 2019, en el que se determinó la improcedencia, al considerar que la atención médica otorgada al paciente fue adecuada, congruente y oportuna.

27. Correos electrónicos de 3 y 11 de noviembre de 2020, por el cual personal adscrito al Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió a este Organismo Nacional, los informes rendidos por PSP1, PSP2, PSP4, PSP11, PSP12, PSP13,

PSP14, PSP15, y AR2, médicos adscritos al HGR-17, sobre su intervención en la atención proporcionada a V1 durante su estancia en el HGR-17.

28. Opinión Médica de fecha 29 de abril de 2022, emitida por una visitadora adjunta médica adscrita a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional.

29. Comunicación telefónica de 07 de febrero de 2023, sostenida con QV2, quien compartió a este Organismo Nacional que derivado del fallecimiento de QV1 por complicaciones generadas por bacteria SARS-COV-2 (COVID-19); ella daría continuidad a la queja planteada ante esta Comisión Nacional.

30. Acta circunstanciada de 18 de mayo de 2023, en la que se hace constar reunión interinstitucional de trabajo sostenida entre personas servidoras públicas de este Organismo Nacional con representantes de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

31. Con motivo de insuficiencia respiratoria y neumonía no especificada, así como por insuficiencia cardiaca congestiva, siendo las 11:58 horas del día 07 de julio de 2019, V1 perdió la vida.

32. Mediante oficio número 095217614C21/240, de 27 de enero de 2020, la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, informó que el asunto relacionado con la atención médica otorgada a V1, había sido sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del

IMSS, radicando el EXPIMSS, en el que el 4 de diciembre de 2019 emitió acuerdo en el que determinó la improcedencia de la queja desde el punto de vista médico, al considerar que:

“la atención médica institucional fue adecuada, congruente y oportuna con base en el artículo 51 del IV capítulo de la Ley General de Salud, el asegurado ingresó para protocolo de estudio en el servicio de traumatología y ortopedia, adquirió neumonía de la comunidad debido a las comorbilidades de sus patologías metabólicas crónicas, las cuales cultivaron bacteria resistente a los antibióticos y a su reingreso presentó cardiopatía isquémica. La defunción no guarda relación con la atención médica sino a la comorbilidad de su enfermedades crónico degenerativas metabólicas.”

33. Al momento de la emisión del presente pronunciamiento, no se encuentra registro de investigaciones administrativas y/o penales con motivo de los hechos materia de la queja; asimismo, mediante correo electrónico de 16 de enero de 2023, la autoridad responsable informó sobre la inexistencia de registros sobre algún Procedimiento de Reclamación Patrimonial del Estado que fuese promovido por QV1, en su calidad de peticionaria.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

34. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2019/4689/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en

materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias suficientes que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1, así como de QV1 y QV2 por la pérdida de la vida de su familiar así como el derecho de acceso a la información en materia de salud, atribuibles a las personas servidoras públicas adscritas al HGR-17 del IMSS que se precisarán en párrafos posteriores; en virtud de los elementos y razones que se exponen a continuación:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

35. El derecho humano a la salud se encuentra reconocido en múltiples tratados y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuya protección se encuentra incorporada en el párrafo cuarto del artículo 4, en el que se establece el derecho a la protección de la salud; en ese sentido, la protección de este derecho implica que el Estado en todos sus niveles debe garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral de las personas, satisfaciendo con ello de forma eficaz y oportuna la necesidad de quien requiere de esos servicios para proteger, promover y restablecer la salud.

36. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁵ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de

⁵ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948

prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

Disponibilidad: Establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

Accesibilidad: Garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

Aceptabilidad: Lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

Calidad: Que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

37. En tanto que el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, prevé que *toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales.*

38. Abundando al respecto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, señala que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; dicha determinación fue acogida dentro del numeral 10 del Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece que “[...] *toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico,*

mental y social”, para lo cual, los Estados parte deben reconocer el derecho a la salud como un bien público y deben garantizarlo.

39. El artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Organización de las Naciones Unidas, ha establecido que el derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, por tanto, debe ser entendido como la posibilidad que tienen las personas para disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades.⁶

40. Por su parte, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia, que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”⁷.

41. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda

⁶ Observación General número 14 (2000) “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.

⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala, Novena Época. Materia Administrativa. Tesis Jurisprudencia “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009. Tesis: 1a./J. 50/2009. Registro 167530.

2030 de la Organización de las Naciones Unidas, específicamente el Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.⁸

42. Este Organismo Nacional sostiene en la Recomendación General 15, Sobre el derecho a la protección de la salud, que éste derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado *“un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud”*, y *“que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*, *“que garanticen a la población mexicana una atención médica integral”*⁹.

43. En el caso particular, y del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que la atención médica otorgada a V1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, personal médico del HGR-17, fue inadecuada de conformidad con el artículo 32 de la Ley General de Salud, en concordancia con el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como de la NOM-025-SSA3-2013, en lo referido en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Sepsis Grave y Choque Séptico en el adulto y, finalmente, de la NOM 004-SSA3-2012, normatividad que en términos generales establecen que la atención médica es el conjunto de servicios a

⁸ Contenido consultable en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-3-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-un-2030-mas-saludable#:~:text=La%20formulaci%C3%B3n%20del%20Objetivo%20de,un%20programa%20de%20esa%20amplitud>.

⁹ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud, 23 de abril de 2009, Observaciones, foja 16.

fin de proteger y restaurar su salud, que deberá llevarse a cabo con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, garantizando que el equipo médico multi e interdisciplinario pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones; sin embargo, se omitió otorgar a V1 un tratamiento adecuado e integral acorde a las comorbilidades y padecimientos presentados, pues no fueron solicitadas las valoraciones de cardiología y neumología necesarias, así como la toma de radiografías de tórax que permitieran ofrecer elementos para descartar posibles alteraciones pulmonares, situación que influyó en el detrimento de su salud, y como consecuencia de ello, a la vida, como será detallado en párrafos posteriores.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA

44. Conforme al análisis efectuado al expediente clínico, V1 era un paciente masculino de 47 años de edad que contaba con antecedentes médicos de importancia como diabetes mellitus tipo 2, con tratamiento a base de hipoglucemiantes, hipertensión arterial sistémica de larga evolución manejado con antihipertensivo, obesidad mórbida y contaba con un antecedente de resección de absceso en testículo izquierdo.

45. Según obra en constancias que integran el expediente clínico, V1 sufrió una caída en las escaleras de su domicilio y al presentar dolor en región lumbosacra, así como limitación de arcos de movilidad, el día 19 de abril de 2019, solicitó

atención de urgencia en el HGR-17, donde fue valorado por PSP1, quién otorgó un diagnóstico de espondilo artropatía degenerativa, por lo que solicitó radiografía e interconsulta al servicio de traumatología y ortopedia, sin que se cuente con nombre de la matrícula del especialista médico en traumatología y ortopedia que otorgó el servicio, situación que infringe lo establecido en la NOM 004-SSA3-2012 “*Del Expediente Clínico*”, donde fue valorado ese mismo día por el médico adscrito, quien, conforme a lo referido en nota de urgencias, descartó fractura de vértebra lumbar L4 y confirmó el diagnóstico otorgado previamente, se le ofreció la hospitalización para manejo del dolor, pero V1 optó por recibir tratamiento de manera ambulatoria, por lo que PSP1 otorgó el egreso hospitalario con indicaciones médicas y cita abierta a urgencias.

46. Tras haber sido dado de alta, el día 21 de abril de 2019, V1 ingresó nuevamente al servicio de urgencias del HGR-17 por presentar fuerte dolor lumbar que se extendía al canal ciático, y presión arterial elevada, por lo que PSP2 lo ingresó al área de observación y solicitó valoración por el área de traumatología y ortopedia, manteniendo al paciente con manejo de soluciones parenterales, analgésicos, antihipertensivos, e indicación de estudios de laboratorio, radiografía de columna lumbar, misma que se reportó sin datos de lesión ósea, tomografía sin lesión aparente, registrando durante su estancia un descontrol glucémico, y fue establecido un diagnóstico de lumbalgia postraumática, crisis hipertensiva y diabetes mellitus descontrolada, por lo que se realizó ajuste de esquema de insulina y antihipertensivo, generando con ello notable mejoría, por lo que al día siguiente PSP3 determinó su egreso con manejo ambulatorio, seguimiento en su unidad de medicina familiar y tratamiento a base de analgésicos.

47. Cuatro días posteriores a su egreso, es decir, el 26 de abril de 2019, V1 regresó al servicio de urgencias del HGR-17 por continuar con molestias y dolor intenso en región lumbar y alteraciones en la sensibilidad, donde fue valorado por PSP4 quien determinó un diagnóstico de lumbago con ciática, diabetes e hipertensión descontrolada, por lo que indicó su ingreso al área de observación para seguimiento, solicitando interconsulta en traumatología y ortopedia, así como la práctica de estudios de laboratorio, y fue ingresado a piso de la citada área de especialidad hasta el día 30 de abril de 2019, donde tras la valoración realizada por AR1 y AR2 se determinó continuar con el tratamiento del dolor establecido previamente, así como antihipertensivo e hipoglucemiantes, se diagnosticó espondiloartropatía¹⁰ degenerativa lumbar, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus 2 descompensada, por lo que solicitó la práctica de una resonancia magnética de columna lumbar y valoración por medicina interna por el descontrol hipoglucémico presentado, así como estudios de laboratorio complementarios y continuar con el tratamiento médico establecido.

48. El día 3 de mayo de 2019, AR3 solicitó estudios de control para estar en posibilidad de ajustar tratamiento hipoglucemiante, y al día siguiente, AR4 identificó que V1 contaba con un descontrol metabólico desde hacía 90 días, con glucemias en promedio de 240mg/dl, así como estudios de laboratorio con resultado de glucosa de 164 mg/dl y las últimas glucemias capilares del 29 de abril al 03 de mayo de 2019 entre 80 y 122, siendo ésta la más alta, es decir durante su estancia intrahospitalaria con control adecuado, por lo que se hizo hincapié sobre un ajuste

¹⁰ **Espondiloartropatía:** Es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las articulaciones sacroiliacas, las articulaciones de la columna vertebral y también puede afectar articulaciones periféricas como la cadera. Término médico consultado en <https://www.doctorponce.com/guia-informativa-para-pacientes-espondiloartropatia-espondilitis-anquilosante/#:~:text=Es%20una%20enfermedad%20inflamatoria%20cr%C3%B3nica,articulaciones%20perif%C3%A9ricas%20como%20la%20cadera.>

de tratamiento y dieta, manteniendo manejo con base en insulina intermedia y metformina, así como esquema antibiótico, antifúngico y presión positiva de CPAP¹¹.

49. Conforme a la Opinión Médica emitida por una especialista de este Organismo Nacional, no obra evidencia en el expediente clínico de V1, que acredite el uso CPAP, aunado a que el paciente cursó con variaciones de la tensión arterial desde el día 30 de abril de 2019, con tendencia a la hipotensión sin que se realizaran ajustes en el tratamiento de fármacos antihipertensivos, siendo hasta 10 días después que dicha situación se llevó a cabo, por lo que AR4 omitió realizar el ajuste correspondiente incumpliendo con ello lo establecido en el 11.11.2.1.4 de la NOM-030-SSA2-2009, en el que se establece que la dosis se ajustará gradualmente hasta llegar a las metas recomendadas.

50. Fue el día 5 de mayo de 2019 cuando AR2 solicitó radiografía de tórax en la que se observaron datos característicos de proceso neumónico o tromboembolia pulmonar por lo que se solicitó valoración por medicina interna, donde AR5 indicó la aplicación de puntas nasales de oxígeno a 2 litros por minuto, micronebulizaciones con broncodilatadores, esteroide, ajuste de esquema antibiótico, anticoagulante, continuando con antihipertensivos e hipoglucemiantes, diagnosticando el día 8 de mayo de 2019 una neumonía lobar inferior, por lo que solicitó la toma de cultivo de expectoración, situación que a decir de la especialista de este Organismo Nacional en la Opinión Médica emitida, era de esperarse tras 12 días de hospitalización, en un paciente postrado en cama y portador de

¹¹ **CPAP:** Presión positiva continua en las vías respiratorias. Tratamiento eficaz para la mayoría de las personas con apnea obstructiva del sueño. Término médico consultado en Biblioteca Nacional de Medicina consultado en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001916.htm>

comorbilidades, y si bien es cierto en ese momento aún no se establecía el diagnóstico con certeza, sí se inició tratamiento profiláctico.

51. De manera paralela y atendiendo al reporte de úlcera y aumento de volumen en testículo izquierdo establecido por el área de urología, el día 7 de mayo de 2019, V1 fue valorado por PSP14 quien otorgó diagnóstico de orquiepididimitis izquierda en remisión, sugiriendo completar esquema antibiótico con cita en consulta externa.

52. El 10 de mayo de 2019, AR3 reportó a V1 con tendencia a la hipotensión, por lo que determinó la suspensión de los medicamentos antihipertensivos, manteniendo manejo antimicrobiano, ajustando manejo de CPAP de forma permanente para alcanzar una oxigenación adecuada, con un diagnóstico de neumonía lobar no especificada con altas probabilidades de complicaciones; conforme a la Opinión Médica de la especialista de este Organismo Nacional, los médicos adscritos al servicio de medicina interna, así como de traumatología y ortopedia, desestimaron los registros de hojas de enfermería en donde se mostró que la tensión arterial era tendente a la hipotensión desde el día 30 de abril de 2019, omitiendo realizar un ajuste en el tratamiento hipertensivo incumpliendo con lo previsto en el punto 11.11.2.1.4 de la NOM-030-SSA2-2009, referida en líneas anteriores.

53. Para el día 12 de mayo de 2019, V1 presentó una desaturación de oxígeno al 85% al retiro de presión positiva, signos vitales dentro de parámetros establecidos como adecuados, hipoaereación basal bilateral con contractura paravertebral bilateral, reportando resultado de resonancia magnética con datos de canal lumbar estrecho, por lo que se solicitó interconsulta en servicio de neumología y electromiografía, y envió a tercer nivel módulo de columna para normar conducta a

seguir; en la valoración de neumología, PSP6 realizó ajuste de tratamiento antibiótico con carbapenémicos mismo que indicó serían ajustados acorde al resultado del cultivo solicitado, ordenando ajuste de parámetros de presión positiva durante la noche y en día Puritán al 45%.

54. Durante los días subsecuentes, V1 se mantuvo bajo vigilancia estrecha, y el día 23 de mayo de 2019, AR6 reportó los resultados de cultivos realizados donde se encontró la presencia de *Klebsiella Pneumoniae* sensible a Meropenem, así como *Acinetobacter Baumannii* y *Candida Albicans*, por lo que agregó al tratamiento farmacológico establecido previamente, la programación de una electromiografía para el día 29 de ese mismo mes y año en servicio subrogado; sin embargo, el día 27 de mayo de 2019, PSP6 reportó a V1 con ruidos respiratorios disminuidos en región basal izquierda, ruidos cardiacos de buena intensidad, estudios de laboratorio con elevación de células blancas, glucosa de 138, hemoglobina glucosilada de 10, resistencia a meropenem, y sensible a levofloxacino, por lo que determinó realizar un cambio de antibiótico y se sugirió su aislamiento, continuando con el resto del tratamiento sin modificaciones con base en hipoglucémicos, diuréticos, antihipertensivos en caso de tensión arterial elevada, nebulizaciones, broncodilatadores, esteroide, anticoagulante y manejo de dolor.

55. Dado que se encontraba programada la realización de una electromiografía para el día 29 de mayo de 2019, V1 fue valorado por AR7 quien refirió que, toda vez que el estudio programado no era urgente, sugería mejorar las condiciones del paciente; sin embargo, conforme a las documentales que integran el expediente clínico, V1 solicitó expresamente su traslado para la realización del estudio pese a conocer las indicaciones médicas, por lo que dicho estudio se llevó a cabo al día siguiente en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón, en Quintana Roo, cuyos

resultados reportaron polirradiculoneuropatía¹² con bloqueo sensorial y motor de conducción periférica en extremidades, lo que, conforme a la Opinión Médica emitida por la especialista médica de este Organismo Nacional, significaba que V1 presentaba alteraciones en la sensibilidad y del movimiento condicionado por el bloqueo de las raíces nerviosas a nivel lumbar; posteriormente, PSP6 advirtió en V1 un descontrol glucémico por lo que se realizó un reajuste en la dosis de insulina, además, reportó elevación de células blancas que sugerían persistencia del proceso infeccioso, es decir con falta de respuesta a quinolonas con lo que estaba siendo manejado, ajustando el tratamiento antibiótico a base de imipenem/cilastatina.

56. En días subsecuentes, V1 presentó mejoría significativa, clínica y hemodinámicamente estable sin reportar algún tipo de eventualidad, por lo que en valoración realizada el 14 de junio de 2019, AR6 determinó que V1 no era candidato para manejo quirúrgico y el día 21 de junio de ese mismo año, ante la presencia de estudios de laboratorio sin datos de respuesta inflamatoria sistémica y cumpliendo esquema antibiótico indicado por el servicio de neumología, indicó su egreso a domicilio, considerando envió a tercer nivel a consulta externa en módulo de columna y realización de electromiografía, con oxígeno domiciliario, broncodilatadores, antibiótico, hipoglucemiantes y antihipertensivo.

¹² La Polirradiculoneuropatía es una enfermedad neurológica que se caracteriza por ser una neuropatía crónica adquirida; sin embargo, es un padecimiento aunque potencialmente tratable¹, es con frecuencia subdiagnosticada, lo que impide la mejoría del paciente. Se caracteriza clínicamente por la presencia de debilidad simétrica tanto en los músculos proximales como distales que se instala en forma progresiva, en un periodo de más de 8 semanas, con frecuencia asociado a estos síntomas cardinales se asocian alteraciones sensitivas o autonómicas, hay disminución o ausencia de los reflejos osteotendinosos, elevación de las proteínas del líquido cefalorraquídeo obtenidas por punción lumbar (LCR), y los estudios neurofisiológicos de conducción nerviosa (VCN) son compatibles con hallazgos de desmielinización, está evidencia se corrobora con biopsia de nervio periférico que demuestra la desmielinización. Revista "Arch Neurocién Mex" Volumen 12, número 4, páginas 221-228, 2007, consultable en <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2007/ane074e.pdf>

57. Pese a lo anterior, conforme a lo determinado en Opinión Médica emitida por la especialista médica adscrita a este Organismo Nacional, si bien es cierto V1 cursó una mejoría en su sintomatología y contó con cifras de laboratorio sin datos sugerentes de respuesta inflamatoria sistémica, también lo es que para corroborar la remisión del cuadro neumónico era necesario toma de radiografía y valoración por el servicio de neumología con la finalidad de evitar complicaciones posteriores, así como exploración física completa y dirigida a campos pulmonares para verificar una adecuada entrada y salida de aire, así como la ausencia de ruidos agregados, considerando que AR6 egresó de manera prematura a V1, sin realizar la verificación que se precisa, incumpliendo con lo establecido en el artículo 32 de la Ley General de Salud y artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que sustancialmente se establece que la atención médica debe proteger, promover y restaurar la salud, y deberá llevarse a cabo de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

58. Posterior a su egreso a domicilio, el mismo 21 de junio de 2019, V1 presentó dolor en tórax del lado izquierdo con irradiación a brazo izquierdo, acompañado de disnea, por lo que acudió de nueva cuenta al área de urgencias del HGR-17 donde fue valorado por PSP7, quien reportó sustancialmente datos clínicos de insuficiencia cardiaca congestiva, por lo que ordenó medidas anti isquémicas, control glucémico, estudios de laboratorio en que se incluyeron enzimas cardiacas, reportando grave a V1, con pronóstico reservado.

59. Al día siguiente, AR8 estableció que V1 contaba con un diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica crónica, hipertensión

arterial de larga evolución descontrolada y diabetes mellitus, por lo que agregó al manejo establecido un protector de mucosa gástrica, anticoagulante y diurético, sin que a ese momento se reportara radiografía de tórax, situación que conforme a la Opinión Médica emitida por una especialista de este Organismo Nacional, si bien es cierto ya se había solicitado la realización de radiografía de tórax, hasta ese momento no se habían reportado los resultados para estar en posibilidad de descartar alteraciones pulmonares que pudieran condicionar la dificultad respiratoria o bien, el proceso neumónico resistente a tratamiento, aunado a que V1 ingresó con ruidos pulmonares agregados que no fueron advertidos por AR8, pues en resultados de estudios de laboratorio de 21 de junio de 2019, V1 cursó una elevación de dímero D y células blancas, que son datos sugerentes de un proceso infeccioso e inflamatorio, ni se solicitó atención del servicio de cardiología ante el diagnóstico establecido, contraviniendo lo dispuesto por las Guías de Práctica Clínica de la insuficiencia cardiaca aguda en pacientes adultos, y de diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en adulto, así como artículo 32 de la Ley General de Salud y Artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

60. En seguimiento a la atención brindada, el 24 de junio de 2019, V1 fue valorado por AR9, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros establecidos como adecuados y mejoría en sintomatología inicial, solicitando interconsulta a rehabilitación para apoyo y educación del paciente con motivo de disminución de fuerza en extremidades inferiores a consecuencia de estancia intrahospitalaria prolongada y lumbalgia crónica, continuando con diagnóstico establecido de insuficiencia cardiaca congestiva, por lo que se realizó ajuste en el tratamiento y retiro parcial de oxígeno; sin embargo, al día siguiente, V1 hizo del conocimiento de AR9 sentir una opresión torácica, temblor distal, diaforesis, por lo que le fue

ordenado la realización de un electrocardiograma, sin que en el mismo se hubiera evidenciado isquemia, por lo que en ese momento, el citado especialista médico estableció un probable trastorno de ansiedad y agregó a su tratamiento benzodiazepina, ordenó la práctica de estudios de laboratorio, y al día siguiente fue agregado al tratamiento hemocultivo, urocultivo y radiografía de tórax, ante la presencia de elevación de frecuencia cardíaca.

61. En valoración realizada el 28 de junio de 2019, PSP8 diagnosticó sustancialmente a V1 con falla renal aguda con base en estudios de laboratorio establecidos por el servicio de nefrología, elevación de tensión arterial, disminución de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, y la radiografía de tórax tomada el día 26 de ese mismo mes y año, mostró una imagen sugestiva de derrame pleural izquierdo, encontrándose con tratamiento antimicrobiano de tipo carbapenémico, sin que fuera considerada la terapia sustitutiva renal indicando un tratamiento conservador, así como ajuste a soluciones parenterales; posteriormente, el día 30 de junio de 2019, AR10 reportó a V1 con hipotensión y deterioro del estado mental, por lo que fueron ajustados líquidos, presentando mejoría de la tensión arterial, sin datos de dificultad respiratoria, ruidos cardíacos normales, con persistencia de elevación de creatina y células blancas a pesar de contar con esquema antibiótico sensible a *baumanni*, por lo que decidió agregar quinolona para sinergismo, reportando incremento de dímero D, secundario a proceso infeccioso, sin que se descartara intubación orotraqueal, y debido a las alteraciones de la función renal, V1 no era candidato a angiografía con la finalidad de descartar tromboembolia pulmonar, reportándose muy grave y con mal pronóstico, a consideración de la Opinión Médica emitida por la especialista médica de este Organismo Nacional, AR10 omitió solicitar valoración de la unidades cuidados intensivos e infectología ante la nula respuesta al tratamiento antibiótico, contraviniendo con ello lo previsto

en los puntos 5.5, 5.5.1, 5.5.1.1, 5.5.1.1.1 y 5.5.1.1.2 la NOM-025-SSA3-2013, así como la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto, el artículo 32 de la Ley General de Salud y el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

62. V1 continuó con deterioro, observándose en las constancias que integran su expediente clínico, que sus familiares no autorizaron maniobras de reanimación avanzada ni manejo de la vía aérea, por lo que siendo las 11:58 horas del 1 de julio de 2019 personal de enfermería dio aviso al personal médico que V1 se encontraba sin signos vitales, estableciendo como causas de defunción insuficiencia respiratoria, neumonía e insuficiencia cardiaca.

63. Conforme al análisis efectuado en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional existe evidencia documental que acredita violaciones al derecho humano a la salud y como consecuencia a la vida de V1, al advertirse que el paciente presentó un cuadro neumónico adquirido en el HGR-17 que fue manejado con un antibiótico de amplio espectro durante 21 días; sin embargo, fue egresado prematuramente el 21 de junio de 2019 sin que se verificara la remisión del foco infeccioso a nivel pulmonar, aunado a las comorbilidades del paciente que reingresó el mismo día, lo que ameritaba atención multidisciplinaria y vigilancia estrecha en la unidad de cuidados intensivos, situación que no ocurrió.

64. Además, conforme a la Opinión Médica emitida, ante el diagnóstico recurrente de insuficiencia cardiaca congestiva, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR9 omitieron solicitar valoración por el servicio de cardiología, desestimaron los registros de hojas de enfermería en donde se mostró que la tensión arterial era

tendente a la hipotensión desde el día 30 de abril de 2019, y no realizaron un ajuste en el tratamiento hipertensivo incumpliendo con lo previsto en el punto 11.11.2.1.4 de la NOM-030-SSA2-2009, asimismo, no obra constancia documental escrita de la etiología del proceso infeccioso con el que cursaba el paciente, ni que sea concluyente del proceso neumónico como se plasmó en el certificado de defunción; lo anterior, incumple lo previsto en el artículo 3 de la Declaración de los Derechos Humanos, artículo 4, de la Convención Americana de Derechos Humanos, artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos Humanos y Derechos del Hombre, artículo 10 del Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los que sustancialmente, se visibiliza la obligación del Estado a adoptar las medidas necesarias para garantizar el reconocimiento del derecho a la salud, de todas las personas.

A.2. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V1

65. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “[...] estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.” A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad¹³.

66. En el sistema jurídico mexicano señala que las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “[...] por diferentes factores o la combinación

¹³ CNDH. Recomendación 39/2021, del 2 de septiembre de 2021, p. 47.

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 [...]”¹⁴ .

67. De la misma manera, la Ley General de Salud establece, en sus artículos 3, fracción II, y 25, que es materia de salubridad general la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables y que se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos (y personas) en situación de vulnerabilidad¹⁵.

68. Para esta Comisión Nacional robustece lo anterior lo establecido en el artículo 8 de la Ley General de Desarrollo Social, el cual establece que “Toda persona o grupo social en situación de vulnerabilidad tiene derecho a recibir acciones y apoyos tendientes a disminuir su desventaja”.

69. Efectivamente, la “Norma que establece las disposiciones técnico-médicas para la atención u hospitalización de pacientes con trastornos del comportamiento del IMSS”¹⁶, refirió a la población vulnerable, como aquella que, por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

70. Por lo cual, el personal titular de las direcciones de prestaciones médicas, titulares de las unidades de atención médica y de atención primaria a la salud; así

¹⁴ CNDH. Recomendación 39/2021, del 2 de septiembre de 2021, p. 48.

¹⁵ CNDH. Recomendación 38/2020, del 7 de septiembre de 2020, p. 26.

¹⁶ Documento disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-010_0.pdf.

como las titulares de las coordinaciones de unidades médicas de alta especialidad, de atención integral en el segundo nivel y de atención integral a la salud en el primer nivel, están obligadas a la observancia en cuanto a proporcionar servicios de atención médico psiquiátrica con calidad, eficacia y oportunidad en pacientes con trastornos mentales y del comportamiento en las unidades médica de los tres niveles de atención.

71. Dicha circunstancia no fue atendida cabalmente por las autoridades responsables a pesar de que, V1 era una persona que presentaba diversas características de desventaja estructural debido a que contaba con antecedentes médicos de importancia como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad mórbida, que requerían atención prioritaria e integral.

72. Vinculado a lo anterior, se observa la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, ya que el IMSS afectó otros derechos tomando en cuenta su contexto de vulnerabilidad, antes expuesta y sin proporcionarle su derecho a recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de las diversas áreas de especialidades del HGR-17 involucradas en la presente Recomendación con las que V1, se vio expuesto.

73. En este orden de ideas las personas servidoras públicas del IMSS, señaladas como responsables en la presente Recomendación e involucrados en la atención del asunto de V1, debieron considerar su condición de vulnerabilidad y en consecuencia atender su caso con prioridad y sin mayor dilación, realizando las gestiones necesarias y contundentes a fin de brindarle la atención médica integral necesaria para atender su padecimiento y así no afectar su salud.

74. A pesar de que V1 fue internado en el HGR-17, no recibió la atención integral y multidisciplinaria que requería, como solicitar la valoración de los servicios de cardiología, neumología, realizar un ajuste en su tratamiento hipertensivo, ordenar la toma de radiografías, entre otros, que pudieran brindar los elementos necesarios para normar conducta y brindar el seguimiento terapéutico integral.

75. Empero, el personal involucrado como autoridad responsable tuvo conocimiento desde el inicio de su padecimiento que V1 cursaba con las comorbilidades expuestas, siendo omiso en lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley General de Salud que establece “Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”; es decir, las autoridades responsables con las facultades para poder llevar a cabo el máximo uso de recursos disponibles para brindar a V1 la atención médica integral por sus afecciones, pero a pesar de sus comorbilidades, omitieron brindar la atención médica integral que requería a fin de garantizar el acceso efectivo a la salud y, en consecuencia, a la vida.

76. Este aspecto es relevante para este Organismo Nacional, ya que el diagnóstico y seguimiento otorgado por parte de las personas identificadas como autoridades responsables del IMSS, desde un principio no fue el adecuado para V1, lo que generó un detrimento a su salud y por ello, la falta de atención médica adecuada, tal como el personal de esta CNDH identificó en su opinión médica cometidas por parte de AR1 a AR10.

77. Este aspecto, deberá considerarse para establecer las medidas de rehabilitación física y psicológica de QV2, así como las de compensación para que el IMSS repare las consecuencias de las violaciones a los derechos humanos aquí descritas.

78. En tal contexto, no debe perderse de vista que el Objetivo de Desarrollo Sostenible 1, de la “Agenda 2030”, hace un llamado a erradicar la pobreza en todas sus formas; para lo cual, su tercera meta hace imperativa la puesta “en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos”, así como lograr “una amplia cobertura de las personas y los vulnerables¹⁷”.

79. En virtud a ello, se advierte que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS están obligados a actuar bajo los estándares de debida diligencia que exige la normatividad que rige la prestación de los servicios de salud y seguridad social conforme a sus respectivas competencias y que su ejercicio debe sujetarse a limitaciones y condicionamientos establecidos por las normas jurídicas nacionales e internacionales, es decir, su conducta debió adecuarse al marco normativo que orienta, controla y verifica para prevenir se causen daños a las personas o sus bienes, normatividad que no fue cumplida, ni observada por las personas servidoras públicas.

80. Lo anterior, se concatena con lo señalado en el capítulo de responsabilidad de este pronunciamiento, en el que se advierte la falta de una atención integral, diagnóstico y tratamientos adecuados en favor de V1, pues durante la atención que le fue otorgada, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR9, fueron omisos en solicitar una valoración especializada por el servicio de cardiología, pese al diagnóstico recurrente de insuficiencia cardiaca congestiva, e incluso, se omitió realizar un ajuste en el tratamiento hipertensivo incumpliendo con lo previsto en el punto

¹⁷ CNDH. Recomendaciones 28/2014, del 28 de agosto de 2014, p. 146, 2/2017, de 31 de enero de 2017, p. 222 y 53/2017, del 9 de noviembre de 2017p. 92.

11.11.2.1.4 de la NOM-030-SSA2-2009, en el que se establece que la dosis del tratamiento farmacológico “se ajustará gradualmente hasta llegar a las metas recomendadas”.

81. Por su parte AR6, omitió solicitar la toma de una radiografía y valoración previa por el servicio de neumología, aunado a que el día 21 de junio de 2019 ordenó el egreso prematuro de V1 sin complementar su determinación con una exploración física dirigida a campos pulmonares, influyendo en el detrimento de su salud.

82. Consecuentemente, tras el reingreso de V1 al HGR-17 el día 21 de junio de 2019, AR8 se abstuvo de considerar los antecedentes del paciente y las condiciones clínicas con las que ingresó, lo que generó su omisión para solicitar una toma de radiografía de tórax, que le permitiera contar con elementos para descartar alteraciones pulmonares que pudieran condicionar la dificultad respiratoria o bien proceso neumónico resistente a tratamiento, impidiendo con ello contar con un diagnóstico certero y como consecuencia un tratamiento médico adecuado, lo que va de la mano con el actuar de AR10, quien de igual modo omitió solicitar una nueva valoración por la unidad de cuidados intensivos e infectología ante la nula respuesta al tratamiento antibiótico y diagnóstico de otras sepsis especificadas y neumonía.

83. Todo lo cual implica una trasgresión constante y continua a los derechos a la salud y a la vida en agravio de V1, persona vulnerable por razones de salud y como consecuencia de ello la falta de debida diligencia, pues conforme a las comorbilidades que presentaba requería atención integral, inmediata y prioritaria.

B. DERECHO A LA VIDA

84. El derecho a la vida es un derecho universal y necesario para poder concretizar todos los demás derechos, por tal motivo se encuentra consagrado en diversos documentos internacionales y nacionales, pues, sin su respeto, no se concibe el respeto y reconocimiento de los demás derechos; así, conforme al artículo 1 de la CPEUM todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, asimismo, el artículo 29 constitucional establece que el derecho a la vida no puede restringirse o suspenderse.

85. En ese tenor, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho a la vida, en su artículo 3, al establecer que *todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*

86. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce en su artículo 6.1 que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”

87. En ese contexto, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, prevé en su artículo 4.1: que “Derecho a la Vida 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. [...]”

88. En tanto que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, reconoce que en su artículo 1 que todo ser humano tiene derecho a la vida.”

89. La CrIDH ha establecido que *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos, de no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo [...]”*¹⁸

90. Este Organismo Nacional ha establecido respecto a esto que “de la lectura de los artículos antes mencionados, se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen”¹⁹, aspectos que también han sido analizados por la SCJN en su jurisprudencia “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”²⁰.

91. Esta Comisión Nacional en la Recomendación 75/2017²¹, en el párrafo 61 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*

¹⁸ CrIDH. Caso Familia Barrios vs Venezuela. Excepciones Prelares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párr. 48.

¹⁹ CNDH, Recomendación 231/2022, párrafo 96.

²⁰ Pleno de la SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Novena Época. Registro 163169.

²¹ Emitida el 28 de diciembre de 2017, consultable en <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-752017>

Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.

92. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 personal médico adscritos al HGR-17, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

B. 1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V1

93. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional observó que V1 presentó datos sugerentes de neumonía nosocomial, misma que fue advertida por los médicos tratantes otorgando el manejo médico adecuado durante el periodo de estancia hospitalaria del 26 de abril al 21 de junio de 2019, evolucionando con mejoría clínica y hemodinámica; sin embargo, como se detalló en supralíneas, a efecto de que el paciente fuera egresado era necesaria la toma de una radiografía y valoración previa por el servicio de neumología, con la finalidad de corroborar la remisión del cuadro neumónico y evitar con ello complicaciones posteriores, complementando con una exploración física completa y dirigida a campos pulmonares verificando la adecuada salida y entrada de aire, así como la ausencia de ruidos agregados; en razón de lo anterior, AR6 como médico tratante de V1, omitió solicitar dicha valoración y ordenó el egreso prematuro del paciente a su cargo, contraviniendo con ello el artículo 32 de la Ley General de Salud y el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que evidentemente influyó en el deterioro de la salud y como consecuencia la pérdida de la vida de V1.

94. Como consecuencia de lo descrito, al no ser corroborada la remisión del cuadro neumónico, el mismo día de su egreso, es decir, el 21 de junio de 2019, V1 solicitó de nueva cuenta la atención de urgencia del HGR-17, donde al día siguiente recibió la valoración por parte de AR8, quién de acuerdo con los antecedentes del paciente y las condiciones clínicas con las que ingresó, debió solicitar reporte o toma de radiografía de tórax para estar en posibilidad de descartar alteraciones pulmonares que pudieran condicionar la dificultad respiratoria o bien proceso neumónico resistente a tratamiento, aunado a que V1 ingresó con ruidos pulmonares agregados que no fueron advertidos por el citado médico, omitiendo solicitar estudios complementarios que permitieran el establecimiento de un diagnóstico certero que permitiera otorgar un tratamiento médico idóneo.

95. Aunado a que los médicos tratantes adscritos al servicio de medicina interna AR1, AR3, AR4, AR5, AR7, AR8, y AR9, omitieron solicitar valoración por el servicio de cardiología ante el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva; situaciones que incumplieron con lo dispuesto por la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en Adulto, la Guía de Práctica Clínica de Insuficiencia cardiaca congestiva, en los que sustancialmente se establecen los Protocolos a seguir en el manejo de padecimientos como los presentados por V1, y se recomienda el monitoreo de la frecuencia cardiaca, así como el diagnóstico y tratamiento a seguir, así como lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley General de Salud y el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, citados previamente en los que se prevé una atención medica oportuna, la restauración y protección de la salud, lo que no aconteció en la especie, pues las omisiones señaladas, atribuibles a las citadas autoridades responsables contribuyeron al

deterioro de la salud de V1, y como consecuencia su muerte, acontecida a las 11:58 horas del 1 de julio de 2019.

96. Aunado a lo anterior, se determina además que AR10 incumplió con lo previsto en la NOM-025-SSA3-2013, en lo referido en la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto, así como de los multicitados artículos 32 de la Ley General de Salud y 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, pues consideró infección por *Acinetobacter Baumannii*, sin que obre fecha de dicho resultado, aunado a que omitió solicitar una nueva valoración por la unidad de cuidados intensivos e infectología ante la nula respuesta al tratamiento antibiótico y diagnóstico de otras sepsis especificadas y neumonía, contribuyendo al deterioro de su salud y posterior muerte.

97. Al respecto, la Recomendación General 15, *“Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”*, este Organismo Nacional precisó que: *“Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades (...)”*. De igual forma, dicho pronunciamiento recomendatorio expresó la preocupación por la inobservancia del marco normativo que rige a las instituciones públicas de salud, ya que derivado del análisis de las quejas que se presentan en esta Comisión Nacional, ha sido posible identificar que en el desarrollo de sus funciones, las personas servidoras públicas que prestan los servicios de salud en el territorio nacional incumplen de manera reiterada con lo prescrito por las diversas Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para los sectores público, privado y social; asimismo,

la falta de capacitación para elaborar un diagnóstico eficiente genera situaciones de riesgo que inciden directamente en la forma de otorgar atención médica en favor de un paciente, situación que puede incidir en el menoscabo en la salud y/o pérdida de la vida de una persona, como en el caso de V1.

98. En el presente caso las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, cuyas conductas fueron descritas con antelación, debieron realizar una valoración adecuada e integral a favor de V1, que permitiera proporcionarle la atención médica que requería, agotando los medios previstos en las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica aplicables; sin embargo, se omitió otorgar a V1 un tratamiento acorde a las comorbilidades y padecimientos presentados, pues se omitió solicitar valoraciones de cardiología y neumología, así como la toma de radiografías de tórax que permitieran ofrecer elementos para descartar posibles alteraciones pulmonares, situación que influyó en el detrimento de su salud, propiciando con ello su muerte.

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

99. Este Organismo Nacional estableció en el Recomendación General 29/2017 que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia²² son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

²² Conforme al artículo 2, fracción XIII, el Principio de Interdependencia, es aquel que deben observar las autoridades del País y los organismos públicos de derechos humanos en todas sus actuaciones, que todos los derechos humanos están interrelacionados. Esto significa, que unos derechos tienen efectos sobre otros, lo que implica que la transgresión de uno de ellos impacta en el ejercicio y disfrute de otros derechos humanos. Es por ello que, para la realización y disfrute pleno de un derecho humano, sea necesaria la realización de otros, relacionados con el mismo. Los derechos

100. En esa tesitura, la Norma Oficial Mexicana NOM-004- SSA3-2012, 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 estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

101. En el caso que nos ocupa, resulta aplicable la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”²³, en la que se 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

humanos deben interpretarse, tomarse y observarse en su conjunto y no como elementos aislados; esto es, en su aplicación deben complementarse, potenciarse y reforzarse recíprocamente.

²³ Sentencia “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, párrafo 68, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH.

sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza²⁴.

102. Esta Comisión Nacional señaló también en la Recomendación General 29/2017, 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

103. En el mismo pronunciamiento recomendatorio, esta Comisión Nacional²⁶ recordó que la apropiada integración del expediente clínico es un deber a cargo de las personas servidoras públicas prestadoras de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de las y los pacientes, el historial inherente a su tratamiento permitiendo con ello conocer la verdad sobre hechos relacionados con la atención médica; por lo que, las instituciones de salud son solidariamente responsables de su adecuada integración.

104. Del mismo modo, en la citada Recomendación General 29/2017, este Organismo Nacional²⁷ sostuvo 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

²⁴ CNDH. Recomendaciones: 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.

²⁵ Recomendación General 29/2017, párr.68

²⁶ *Ibíd*em, párrafo 35

²⁷ *Ibíd*em, párrafo 32

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 recibida.

105. 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.²⁸

106. La NOM-004-SSA3-2012, prevé 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 [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones

²⁸ CNDH. Ídem., párrafo 34

*correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables [...]*²⁹

107. No obstante, algunos médicos en el sector salud persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó las instituciones de salud y en el caso particular, el IMSS resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos, y se garantice a todas las personas usuarias de los servicios de salud, la debida integración de su expediente clínico.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO DE V1

108. En la Opinión Médica elaborada por una especialista médica de este Organismo Nacional se advirtió que en solicitud de realización de resonancia magnética elaborada por AR6, se advierte nota agregada en la que no se encuentra establecido el nombre del médico, cargo, especialidad ni matrícula, situación que incumple con lo previsto por el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, en el que se establece que todas las notas en el expediente clínico deben contener, fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso.

²⁹ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012

109. De igual manera, al analizar las constancias que integran el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica otorgada a V1, se advierte la existencia de una nota médica de 26 de junio de 2019 en la que se establece “...*el paciente recibió orientación e indicaciones terapéuticas para segmentos corporales en presencia de familiar, se dan pormenores relevantes a reserva de que se descarte la fractura de metatarsiano en pie derecho, evitando la manipulación en ese segmento*”, sin que en la misma pueda observarse nombre y cargo del personal que brindó dicha asesoría, situación que incumple el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, señalado previamente.

110. Específicamente por la falta de integración de notas médicas, en las cuales algunas no cuentan con nombre completo, cédula profesional del médico tratante, en otras, falta firma, estudios de laboratorio y resultados de cultivos, dejándose de observar lo establecido en los numerales 8.2 y 8.3, de la NOM-004-SSA3-2012, que indican que la historia clínica y notas de evolución del paciente, son relevantes para la toma de decisiones respecto del tratamiento que se debe seguir.

111. Lo anterior, aunado a que no obra constancia documental escrita de la etiología del proceso infeccioso con el que cursaba el paciente, ni que sea concluyente del proceso neumónico, como se plasmó en el certificado de defunción.

112. En ese tenor, si bien la inadecuada integración del expediente clínico, no son causa inherente de las complicaciones y fallecimiento de V1; sin embargo, resulta importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes, pues la incorrecta integración del mismo constituye una violación al derecho de acceso a la información en materia de salud, de QV1, QV2, V1, y de la sociedad, toda vez que impide conocer de

manera precisa la atención, tratamiento, seguimiento médico de pacientes, la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades.

113. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones³⁰ que se han emitido por este Organismo Nacional, se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

114. Por lo expuesto, los médicos adscritos al HGR-17 de identidad desconocida que elaboraron nota agregada a resonancia magnética de 30 de abril de 2019, esta última elaborada por AR2, así como diversa nota de 26 de junio de 2019, incumplieron con la NOM-004-SSA3-2012, al no asentar en dichos documentos nombres, matrícula, cargo, especialidad u otros datos que permitieran su identificación, vulnerando además el artículo 7 fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevé su obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

³⁰ Recomendaciones 92/2022, 94/2022 y 100/2022, emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

115. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud y a la vida por inadecuada atención médica en agravio de V1, quienes con sus actos y omisiones no garantizaron el grado máximo de salud posible, conforme a lo siguiente:

AR	GRADO DE RESPONSABILIDAD
AR1 AR2 AR3 AR4 AR5 AR7 AR9	Ante el diagnóstico recurrente de insuficiencia cardíaca congestiva, omitieron solicitar valoración por el servicio de cardiología; adicionalmente, desestimaron los registros de hojas de enfermería en donde se mostró que la tensión arterial era tendente a la hipotensión desde el día 30 de abril de 2019, omitiendo realizar un ajuste en el tratamiento hipertensivo incumpliendo con lo previsto en el punto 11.11.2.1.4 de la NOM-030-SSA2-2009
AR6	Como médico tratante de V1, omitió solicitar la toma de una radiografía y valoración previa por el servicio de neumología, y complementar su determinación con una exploración física completa y dirigida a campos pulmonares verificando la adecuada salida y entrada de aire, así como la ausencia de ruidos agregados, egresando de manera prematura al paciente el día 21 de junio de 2019.
AR8	Tras el reingreso de V1 al HGR-17 el día 21 de junio de 2019, atendiendo a los antecedentes del paciente y las condiciones clínicas con las que

AR	GRADO DE RESPONSABILIDAD
	<p>ingresó, omitió solicitar reporte o toma de radiografía de tórax, que permitiera ofrecer elementos para descartar posibles alteraciones pulmonares que pudieran condicionar la dificultad respiratoria o bien proceso neumónico resistente a tratamiento, pues, conforme a las notas médicas del expediente clínico del paciente, V1 ingresó con ruidos pulmonares agregados que no fueron advertidos por el citado médico, aunado a que omitió solicitar estudios complementarios que permitieran el establecimiento de un diagnóstico certero que permitiera otorgar un tratamiento médico adecuado.</p>
AR10	<p>Consideró infección en V1 por Acinetobacter Baumanni, sin contar con resultados y omitió solicitar una nueva valoración por la unidad de cuidados intensivos e infectología ante la nula respuesta al tratamiento antibiótico y diagnóstico de otras sepsis especificadas y neumonía.</p>

116. De lo expuesto, se concluye que las citadas personas servidoras públicas adscritas al IMSS, vulneraron en agravio de V1, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran 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 de la Ley General de Salud; 1. del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 1, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 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 omitieron realizar.

117. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V1, se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

D.2.Responsabilidad Institucional

118. 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.”*

119. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen 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. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por

parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

120. 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.

121. En la presente Recomendación han quedado expuestas las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas, que fueron señaladas en la presente determinación, lo que trae consigo la responsabilidad Institucional por parte del IMSS al considerar que la atención médica brindada a V1 en el HGR-17, no fue la adecuada pues no se hizo la valoración y manejo integral del paciente, pues como quedó descrito en supralíneas, se egresó de manera prematura a su domicilio sin corroborar la remisión del cuadro neumónico que presentaba; aunado a que se omitió la realización de estudios y/o valoraciones especializadas atendiendo a los antecedentes médicos y padecimientos que V presentó a su reingreso.

122. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que una capacitación constante, el conocimiento y uso adecuado de la normativa y guías de práctica clínica, así como un correcto empleo de técnicas médicas, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció, pues la falta de debida diligencia en el manejo adecuado de los padecimientos que presentó V se traduce en la responsabilidad solidaria del IMSS por su incumplimiento en la adopción de acciones efectivas que

prevengan estas situaciones, conforme a lo dispuesto por el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que, en términos generales, establece que las personas, en su calidad de pacientes, tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero, y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

123. 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 una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

124. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, 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 concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV2, debiéndoseles inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que acceda a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

125. Es aplicable lo establecido 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 y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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, 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.

i. Medidas de rehabilitación

126. 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, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido. La rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

127. La autoridad señalada como responsable deberá otorgar atención psicológica y tanatológica a QV2, que requiera por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en razón del fallecimiento de V1, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, otorgarse de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional posible, a través de la atención adecuada a los padecimientos sufridos y en plena correspondencia a su edad y especificidades de género.

128. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y accesible, con su previo consentimiento y por el tiempo que resulte necesario e incluir medicamentos, en caso de ser requeridos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación.

129. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La CrIDH ha determinado que el daño material “*supone 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*”, en tanto que el 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*³¹.

130. Conforme a lo dispuesto por el artículo 31, fracción III, de la Ley General de Víctimas, 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. Esta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

131. Para ello, deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de QV1 y QV2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa CEAV con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV2, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, con motivo de su fallecimiento, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar seguimiento al punto recomendatorio primero.

iii. Medidas de satisfacción

³¹ Caso Baraona Bray vs Chile , Sentencia de 24 de noviembre de 2022. (Fondo, Reparaciones y Costas) Párrafo 183.

132. 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 I de la Ley General de Víctimas, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

133. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V1, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

iv. Medidas de no repetición

134. Tomando en consideración los artículos 27, fracción V, 74, y 75, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar que la violación de derechos sufrida por la víctima vuelva a ocurrir, por lo cual, el Estado debe adoptar aquellas medidas que busquen prevenir hechos similares a los que dieron origen a esta Recomendación.

135. Por tal motivo, las autoridades del IMSS deberán implementar en un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, cursos de capacitación dirigidos a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como personas servidoras públicas adscritas a las áreas de Urgencias, Urología, Neumología, Medicina interna, Nefrología y Enfermería del HGR-17, sobre sensibilización 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, la vida y el derecho a la información en materia de salud; asimismo, sobre el conocimiento, observancia y aplicabilidad de las Normas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos y, NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento. Lo cual, dará cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

136. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a

una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar ampliamente en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de QV1 y QV2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa CEAV con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que éste emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, se proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV2, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, con motivo de su fallecimiento, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue la medida de rehabilitación a través de la atención psicológica y tanatológica

que requiera QV2, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en razón del fallecimiento de V1, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, otorgarse de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional posible, a través de la atención adecuada a los padecimientos sufridos, en plena correspondencia a su edad y especificidades de género. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, en lugar accesible, con previo consentimiento y por el tiempo que resulte necesario e incluir medicamentos, en caso de ser requeridos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se imparta a las autoridades responsables identificadas, así como a las personas servidoras públicas adscritas a las áreas de urgencias, urología, neumología, medicina interna, nefrología y enfermería del HGR-17, en un término de seis meses, un curso de capacitación que incluya las siguientes temáticas: sensibilización 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, la vida y el derecho a la información en materia de salud; asimismo, sobre el conocimiento, observancia y aplicabilidad de las Normas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos y, NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de

asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Designar 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.

138. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

139. 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.

140. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se

envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

141. 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, 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

ALP