



RECOMENDACIÓN NO. 99/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE V, PERSONA CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ” DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y DEL HOSPITAL GENERAL “BALBUENA” DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, AMBOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de junio de 2023

**DR. JORGE ALCO CER VARELA
SECRETARIO DE SALUD FEDERAL**

**DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO
SECRETARIA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

Distinguido secretario y distinguida secretaria:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 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, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/3457/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales 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 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Médico Residente	PMR
Persona Servidora Pública	PSP



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

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Agente del Ministerio Público	AMP
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Convención PcD
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México entonces Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (en la temporalidad de los hechos)	FGJ/PGJ



Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Fiscalía General de la República	FGR
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” de la Secretaría de Salud Federal	Hospital Psiquiátrico
Hospital General “Balbuena” de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Hospital General
Ley General de Salud	LGS
Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	LGIPcD
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	NOM-Para Residencias Médicas
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica	NOM-Prestación de Servicios de Salud
Organización Mundial de la Salud	OMS



Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	"Protocolo de San Salvador"
Protocolo de estudio de eventos centinela emitido por la Unidad de Planeación y Calidad del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud Federal	Protocolo Centinela-HPFBA
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal	Reglamento de la LSDF
Secretaría de Salud Federal	SSA
Secretaría de Salud de la Ciudad de México	SSCDMX
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México	TSJCDMX



Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”	UCEP

I. HECHOS

5. El 18 de abril de 2017, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional en la que manifestó que el 6 del mismo mes y año personal de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico le informó que su hermano V, de 48 años en ese momento, fue trasladado al Hospital General derivado de un accidente con la Persona 1, por lo que debía comunicarse con PMR1, quien posteriormente reportó a V “muy grave de salud por presentar coágulos en el cerebro”.¹

6. El 2 de mayo de 2017, QVI informó a personal de esta Comisión Nacional que V falleció el 20 de abril de ese año en las instalaciones del Hospital General por un “traumatismo craneoencefálico”,² motivo por el que solicitó que este Organismo Nacional realizara la investigación correspondiente.

¹ Es la respuesta al cese de una hemorragia por medio de un mecanismo complejo que involucra un cambio de estado físico, de líquido a sólido, con la formación de fibrina.

² Son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral.



7. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2017/3457/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V, se solicitó diversa información al Hospital Psiquiátrico y al Hospital General, entre ella, copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en dichos hospitales, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja de 18 de abril de 2017, presentado por QVI ante esta Comisión Nacional, en el que manifestó que el 6 del mismo mes y año, personal del Hospital Psiquiátrico le informó que su hermano V sufrió un accidente y fue trasladado al Hospital General para recibir atención médica de urgencia. A dicho escrito, QVI anexó la hoja de Referencia de Pacientes de 12 de abril de 2017 en la que PMR1, médico residente de 1er año adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, reportó a V con los diagnósticos de esquizofrenia paranoide,³ síndrome catatónico⁴ en remisión y fractura de piso medio del cráneo.

9. Acta Circunstanciada de 18 de abril de 2017, en la que personal de esta Comisión Nacional asentó que QVI informó que V ingresó el 13 de enero de 2017, al Hospital Psiquiátrico por presentar crisis de esquizofrenia paranoide; sin

³ Es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo donde predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción.

⁴ El síndrome catatónico es una forma de presentación o evolución de diversas entidades nosológicas en psiquiatría, aunque desde la aparición del concepto de demencia praecox se ha asociado a la esquizofrenia como un subtipo de ésta; sin embargo, se debe tener en cuenta la posibilidad de presentación en el contexto de psicosis afectivas.



embargo, el 6 de abril del mismo año le notificaron que la Persona 1 lo golpeó por lo que decidieron su traslado al Hospital General.

10. Correo electrónico de 25 de abril de 2017, mediante el cual la SSA remitió el oficio SAP-HPFBA-072-2017 de 24 de mismo mes y año, en el que se informó que V fue agredido físicamente con un golpe en la cara por la Persona 1, lo que provocó que presentara caída de su propia altura, situación que se calificó como un “evento centinela”.⁵

11. Acta Circunstanciada de 2 de mayo de 2017, en la que se hizo constar que QVI informó que V falleció el 20 de abril de ese año, en el Hospital General con causa de muerte “traumatismo craneoencefálico”; asimismo refirió que por los hechos materia de su queja se inició la Carpeta de Investigación 1 en la entonces PGJ.

12. Acta Circunstanciada de 11 de mayo de 2017, en la que se asentó que QVI manifestó que, a su consideración, el personal médico del Hospital Psiquiátrico no le brindó atención médica inmediata a V, y decidieron trasladarlo al Hospital General a pesar de que el Hospital Psiquiátrico se ubica en la “zona de hospitales”.

13. Oficio HGBJR/062/2017 de 3 de julio de 2017, a través del cual el Hospital General remitió un resumen médico suscrito por AR7 en el que asentó que V ingresó

⁵ Un evento centinela es el suceso imprevisto cuyo resultado no está relacionado con el curso natural de una enfermedad, sino con la atención médica que produce la muerte del paciente o la pérdida permanente de una función u órgano; también puede ser una cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, al paciente equivocado.



por referencia del Hospital Psiquiátrico al presentar “golpe contundente en boca del lado derecho”; asimismo, anexó el expediente clínico de V, del cual se destaca lo siguiente:

13.1. Indicaciones médicas de Urgencias de 6 de abril de 2017 a las 18:00 horas, en las que AR3 y PMR5, adscritos al servicio de Urgencias, establecieron como manejo médico: solución parenteral,⁶ analgésico,⁷ anticonvulsivante,⁸ antibiótico⁹, antipsicótico,¹⁰ camilla con barandales en alto, posición semifowler,¹¹ vigilar datos de deterioro neurológico, glucometría capilar¹² por turno, eutermia¹³ y realizar aviso a Ministerio Público.

13.2. Nota de valoración de Neurocirugía de 6 de abril de 2017 a las 19:45 horas, en la que AR4, adscrito a dicha área, reportó a V con antecedente de traumatismo craneoencefálico y que no ameritaba manejo neuroquirúrgico de urgencia.

⁶ Son preparaciones estériles que contienen uno o más principios activos destinados a administración por inyección, infusión o implantación en el cuerpo (fluido terapia), estas se preservan en envases termo sellados de dosis única o multidosis.

⁷ Son medicinas que reducen o alivian los dolores de cabeza, musculares, artríticos o muchos otros achaques y dolores.

⁸ Tipo de medicamento que se usa para prevenir o tratar las convulsiones, las crisis convulsivas o las crisis epilépticas mediante el control de la actividad eléctrica anómala en el encéfalo.

⁹ Son medicamentos que combaten infecciones causadas por bacterias en los seres humanos y los animales ya sea matando las bacterias o dificultando su crecimiento y multiplicación.

¹⁰ Tipo de medicamento que se emplea para tratar los síntomas de la psicosis, tales como alucinaciones (visiones, sonidos, olores, gustos o contactos que una persona cree que son reales, pero que no lo son), delirios (creencias falsas) y demencia (pérdida de la capacidad de pensar, recordar, aprender, tomar decisiones y resolver problemas).

¹¹ Una persona está en la posición de semi-Fowler si se acuesta boca arriba en una cama inclinada en un ángulo de 30° a 45°.

¹² La glucemia capilar es aquella que se mide mediante la práctica de un pequeño pinchazo en un dedo para extraer una gota de sangre que luego se coloca en una tira reactiva y se analiza mediante un glucómetro.

¹³ Temperatura normal.



13.3. Nota de revaloración de Neurocirugía de 6 de abril de 2017 a las 21:38 horas, en la que AR5, adscrito a dicho servicio, refirió que V presentó incremento de desorientación y somnolencia.

13.4. Indicaciones médicas de Urgencias de 6 de abril de 2017 a las 23:09 horas, en las que AR6, adscrito a dicha área, agregó al manejo médico de V, anticonvulsivante, vigilancia y cuidados de paciente psiquiátrico e ingreso a piso de Medicina Interna.

13.5. Nota de evolución de Neurocirugía de 7 de abril de 2019 a las 10:00 horas, en la que el AR7, adscrito a dicho servicio, reportó a V con hemorragia activa e importante de la cavidad oral probablemente producida por mordedura en la lengua.

13.6. Notas de evolución de Neurocirugía de 8, 9, 10 y 11 de abril de 2017, en las que PSP3, PSP4 y AR7, reportaron a V con diagnóstico de traumatismo craneo encefálico moderado, hematoma subdural laminar¹⁴ derecho.

13.7. Nota de evolución de Neurocirugía de 12 de abril de 2017 a las 13:00 horas, en la que AR7 señaló que el día anterior se le realizó a V una

¹⁴ Es una acumulación vieja de sangre y de productos de la descomposición de la sangre localizada entre la superficie del cerebro y su capa más exterior (duramadre). La fase crónica de un hematoma subdural comienza varias semanas después del primer sangrado.



tomografía de cráneo simple¹⁵ que reportó “hemorragia intracerebral¹⁶ tardía localizada en región temporoparietal¹⁷ izquierda, hematoma subdural laminar izquierda, que causa colapso parcial del ventrículo ipsilateral¹⁸ sin desviar la línea media”.

13.8. Notas de evolución de Neurocirugía de 13, 14, 15 y 16 de abril de 2017, en las que AR8, adscrito a dicho servicio, reportó a V con “traumatismo cráneo encefálico moderado, hematoma subdural laminar parietotemporal izquierdo, hemorragia intracerebral parietoetemporal izquierda”.

13.9. Nota médica de 17 de abril de 2017 a las 14:12 horas, en la que AR7 reportó a V con disociación de la mirada conjugada,¹⁹ con dilatación pupilar²⁰ a pesar de estar bajo sedación, arreflécticas²¹ y con persistencia de hipotermia.²²

¹⁵ Es un procedimiento que utiliza muchos rayos X para crear imágenes de la cabeza, incluso el cráneo, el cerebro, las órbitas o cuencas de los ojos y los senos paranasales.

¹⁶ Es un derrame de sangre dentro del cerebro. La hemorragia intracerebral suele ser debida a una hipertensión arterial crónica. El primer síntoma suele ser un dolor de cabeza intenso.

¹⁷ Es una estructura ósea que se comienza a formar incluso antes del parto, es decir, durante el tiempo del desarrollo del feto. El hueso temporal tiene una forma irregular, y se encuentra dividido en 3 porciones, cada segmento constituye una parte importante para la anatomía del hueso.

¹⁸ Los ventrículos laterales son parte del sistema ventricular del cerebro, clasificados como parte del telencéfalo, son los ventrículos más grandes y conectan con el tercer ventrículo mediante el foramen ventricular.

¹⁹ Una parálisis de la mirada conjugada es la incapacidad para mover ambos ojos en una única dirección horizontal (principalmente) o vertical.

²⁰ La dilatación de la pupila ocurre generalmente cuando nos exponemos a una situación de baja iluminación u oscuridad para aumentar la cantidad de luz que recibe el globo ocular.

²¹ Se caracteriza porque las pupilas aumentan su tamaño considerablemente pero no se contraen al percibir brillo o luz intensa. Sus causas más comunes son estados de daño cerebral como paros cardiorrespiratorios o estados de coma.

²² Caída importante y posiblemente peligrosa de la temperatura corporal. La causa más común es la exposición prolongada al frío.



13.10. Nota médica de 18 de abril de 2017 a las 16:49 horas, en la que AR7 reportó a V con hipotermia, hipotensión²³ y trastornos relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo.

13.11. Nota de evolución de Neurocirugía de 19 de abril de 2017 a las 15:00 horas, en la que AR7 reportó a V con pupilas arreflécticas, palidez de tegumentos²⁴ y zonas con livideces.²⁵

13.12. Certificado y acta de defunción de V, que señalan como causa de muerte “traumatismo craneoencefálico”.

13.13. Certificado médico de cadáver, feto o segmento de 20 de abril de 2017 a las 16:00 horas, en el que un médico legista de la entonces PGJ, asentó que el cadáver de V presentó los siguientes hallazgos y lesiones: “lechos ungueales pálidos,²⁶ huellas de venopunción²⁷ en región subclavia derecha, excoriación²⁸ con costra hemática²⁹ seca, forma irregular, de 2.5 por 1.5 cm, en región temporoparietal derecha”.

13.14. Nota de aviso a Ministerio Público de 20 de abril de 2015 (sic), mediante la cual AR7 señaló que V egresó del Hospital General a las 07:10

²³ Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias.

²⁴ Es una pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas.

²⁵ Fenómeno cadavérico que consiste en la aparición de manchas de color rojo-violáceo en las partes declives del cuerpo.

²⁶ La prueba de palidez ungueal, también llamada prueba del llenado capilar ungueal se realiza en el nacimiento de las uñas como un indicador de perfusión del tejido (cantidad de flujo sanguíneo que va al tejido) y de deshidratación.

²⁷ Es la recolección de sangre de una vena.

²⁸ Es la irritación cutánea que se presenta donde la piel roza contra ella misma, las ropas u otro material.

²⁹ Producto de la desecación de sangre.



horas por defunción con los diagnósticos de “traumatismo craneoencefálico moderado, hemorragia intracerebral tardía temporoparietal izquierda, hemorragia subdural laminar izquierdo”.

14. Oficio HGBJR/325/2017 de 5 de octubre de 2017, mediante el cual el Hospital General remitió la nota médica de 6 de abril del mismo año a las 18:09 horas en la que se asentó que AR3 y PMR5 reportaron a V con signos vitales en cifras normales, neurológicamente desorientado, con Glasgow de 12 puntos,³⁰ funciones mentales no valorables, movimientos oculares disminuidos, pupilas hipoactivas, cráneo normocéfalo con herida de 3 centímetros en región occipital³¹ derecha suturada, cavidad oral con traumatismo dentario,³² piezas dentales faltantes y dolor a la movilidad.

15. Oficio DGDH/503/DEC/5529/10-2017 de 12 de octubre de 2017, por el cual, la entonces PGJ remitió copias de las constancias que integraban hasta ese momento la Carpeta de Investigación 1, misma que se inició el 17 de abril de ese año por el delito de lesiones culposas en agravio de V, destacándose las siguientes:

15.1. Acuerdo de inicio de la Carpeta de Investigación 1 de 17 de abril de 2017, en el que se asentó que QVI presentó denuncia por el delito de lesiones

³⁰ La escala de coma de Glasgow mide el nivel de alerta en base a una puntuación, la cual va desde 3 (coma profundo) hasta el 15 (normalidad). Se calcula tras valorar la respuesta de la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

³¹ El lóbulo occipital es la región del cerebro que se localiza en la parte posterior de cada hemisferio cerebral, y que se dedica principalmente a regular, coordinar y procesar la visión y todos los pasos que componen a esta sensibilidad especial.

³² Los traumatismos dentales son lesiones que se producen en los dientes, en el hueso y demás tejidos de sostén, como consecuencia de un impacto físico en su contra.



culposas en agravio de V, quien fue agredido en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico donde se encontraba internado por los diagnósticos de esquizofrenia paranoide y síndrome catatónico en remisión.

15.2. Entrevista de QVI de 17 de abril de 2017 ante el AMP, en la que manifestó que el 6 de ese mismo mes y año recibió una llamada del personal de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico, quien le indicó que V fue agredido por otros pacientes por lo que sería trasladado al Hospital General para su valoración, por lo que al constituirse en este último nosocomio un médico reportó a V con secuelas graves en el cerebro “por lo que podía morir en cualquier momento”.

15.3. Certificado de estado físico de 17 de abril de 2017 a las 17:10 horas, en el que dos médicos legistas de la entonces PGJ concluyeron que las lesiones que presentó V se clasificaban como aquellas que ponían en peligro la vida.

15.4. Constancia de 20 de abril de 2017 a las 12:30 horas, en la que un AMP asentó que V falleció a las 07:10 horas de esa fecha en el Hospital General, por presentar paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación y sedación.

15.5. Dictamen pericial en materia de criminalística de campo de 20 de abril de 2017, en el que un perito profesional de la entonces PGJ concluyó que las lesiones que presentó el cadáver de V eran compatibles y similares a las producidas por un mecanismo de percusión con objeto de consistencia sólida y bordes romos.



15.6. Resultados de la necropsia que se practicó el 20 de abril de 2017, por una perito médico forense del TSJCDMX al cadáver de V, en el que concluyó que la causa de muerte fue “traumatismo craneoencefálico”.

15.7. Oficio SAP-HPFBA-SH-DAM-175-2017 de 24 de abril de 2017, mediante el cual el Hospital Psiquiátrico remitió al AMP copia de la nota informativa de evento centinela de 6 de mismo mes y año, en la que AR1 y PRM1 asentaron que aproximadamente a las 13:15 horas encontraron tirado en el suelo a V, en decúbito dorsal³³ con sangrado activo proveniente de la región occipital por agresión física con un golpe en la cara provocado por Persona 1.

15.8. Entrevista de testigo de 21 de julio de 2017 a las 11:55 horas, en la que se asentó que PMR1 manifestó ante el AMP, que el día que ocurrieron los hechos se trasladó en una ambulancia con V al Hospital General por posibles datos de fractura de base de cráneo previa valoración del especialista en Nefrología.

16. Oficio CGJDH-DGACC-7851-2017 de 27 de octubre de 2017, mediante el cual la SSA remitió un informe en el que indicó que los hechos acontecidos el 6 de abril de ese año en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico fueron calificados como un “evento centinela” y reiteró que el traslado de V al Hospital General para su valoración y tratamiento se determinó para procurar su bienestar y recuperar su salud. A dicho oficio anexó entre otros los siguientes documentos:

³³ Posición del cuerpo yacente sobre la espalda.



16.1. Oficio SAP-HPFBA-DSAE-133-2017 de 26 de octubre de 2017, suscrito por el entonces director del Hospital Psiquiátrico en el que informó que al momento de los hechos por los que se inconformó QVI, su hermano V se encontraba cursando el día 83 de hospitalización, con presencia de ideas delirantes³⁴ y alucinaciones,³⁵ poco cooperador, tendiente a la irritabilidad, aunque adaptado a la rutina del servicio bajo insistencia del personal médico.

16.2. Protocolo Centinela-HPFBA emitido por la Unidad de Planeación y Calidad del Hospital Psiquiátrico en junio de 2016, cuyo objetivo es identificar las fallas que llevaron a dicha circunstancia y contar con datos para implementar barreras de seguridad.

16.3. Hoja de identificación del incidente: “caso: sangrado auditivo por traumatismo craneoencefálico por agresión física de un paciente a otro” de 6 de abril de 2017, en la que se observó que V fue agredido previo al hecho calificado como “evento centinela” por otros pacientes el 5 de abril de 2017 sin datos de alarma que reportar, y el 6 del mismo mes y año a las 05:40 horas en región facial³⁶ que provocó hemorragia interna en cavidad oral y laceración de mucosa.

³⁴ Las ideas delirantes se distinguen de las creencias erróneas en que las creencias delirantes permanecen sin cambios frente a la evidencia clara y razonable de lo contrario; esta distinción a veces es difícil de hacer cuando las creencias son más plausibles.

³⁵ Percepción de haber visto, escuchado, tocado, probado u olido algo que no estaba allí.

³⁶ Hace referencia al área que se extiende desde el borde superior de la frente hasta el mentón y desde una oreja a la otra.



17. Opinión Médica de 20 de mayo de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional concluyó que la atención médica brindada a V en el Hospital Psiquiátrico y en el Hospital General, fue inadecuada y existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.

18. Acta Circunstanciada de 17 de septiembre de 2020, en la cual se hizo constar que una AMP informó que, hasta ese momento, la Carpeta de Investigación 1 continuaba en integración.

19. Oficio SSCDMX/DJN/4167/2020 de 20 de octubre de 2020, mediante el cual la SSCDMX remitió el similar SSCDMX/DGA/AHGB/RH/1424/2020 de 15 de mismo mes y año, en el que se informó que AR5, AR6, AR7 y AR8 continuaban, hasta ese momento, activos laboralmente en el Hospital General, mientras que AR4 presentó su renuncia el 15 de mayo de 2018.

20. Oficio SSCDMX/DJN/4427/2020 de 10 de noviembre de 2020, mediante el cual la SSCDMX remitió los informes médicos de 26 de octubre y 9 de noviembre de ese año, en los que AR7 narró la atención médica que proporcionó a V en el servicio de Neurocirugía del Hospital General e indicó que contaba con criterios clínicos y tomográficos de mal pronóstico para la vida que no se iban a modificar con cirugía, situación que se corroboró con la presencia de paro cardíaco irreversible a maniobras de reanimación que provocó su muerte a las 07:10 horas del 20 de abril de 2017.

21. Acta Circunstanciada de 2 de diciembre de 2020, en la que personal médico de esta Comisión Nacional indicó que una vez que tuvieron a la vista los informes



médicos que rindió AR7 ratificaron lo plasmado en la Opinión Médica de 20 de mayo de 2019.

22. Acta Circunstanciada de 25 de marzo de 2021, mediante la cual personal de esta Comisión Nacional asentó la conversación telefónica sostenida con autoridades del Hospital Psiquiátrico, en la que se les informó que de la investigación realizada por esta CNDH se advirtieron omisiones en garantizar la seguridad de V.

23. Acta Circunstanciada de 20 de abril de 2021, en la cual se hizo constar que una AMP informó que, hasta ese momento, la Carpeta de Investigación 1 continuaba en integración debido a que no tenían datos de prueba suficientes para imputar a alguna persona la comisión del delito que se perseguía.

24. Oficio FGJCDMX/CGJDH/DGDH/DEC/3880/2022-10 de 5 de octubre de 2022, por el que la FGJ remitió el similar sin número de 4 de mismo mes y año en el que informó que la Carpeta de Investigación 1 se encontraba en etapa de integración.

25. Acta Circunstanciada de 16 de marzo de 2023, a través de la cual se hizo constar que QVI proporcionó su nombre y edad, así como los de VI1, VI2 y VI3; asimismo, informó que no inició algún procedimiento de responsabilidad administrativa por los hechos materia de la queja en agravio de V.

26. Acta Circunstanciada de 24 de marzo de 2023, en la que se hizo constar que personal de esta Comisión Nacional realizó la consulta de las constancias que integran la Carpeta de Investigación 1, misma que se encuentra en trámite.



27. Oficio SSCDMX/DIRHGB/CJUR/1020/2023 de 27 de abril de 2023, mediante el cual el director del Hospital General remitió el similar SSCDMX/DGA/AHGB//RH/733/2023 por el que el subdirector de Enlace Administrativo informó que AR3, AR5 y AR6 continúan activos laboralmente en ese Hospital General, por lo que hace a AR7 no se cuenta con documentos en su expediente y AR4 presentó su renuncia el 15 de mayo de 2018.

28. Oficio 32246 de 11 de mayo de 2023, a través del cual este Organismo Nacional dio vista a la Unidad de Asuntos Internos de la FGJ, para que en términos de las fracciones II, III, VII y VIII del artículo 36 del Reglamento de la Ley Orgánica de la PGJ, se realice una Evaluación Técnico Jurídica para verificar la actuación y desempeño del AMP, y que la investigación de la Carpeta de Investigación 1 se realice con apego a los principios de certeza, legalidad, objetividad, imparcialidad, eficiencia, profesionalismo, honradez, lealtad, disciplina, y respeto a los derechos humanos.

29. Oficio SAP-HPFBA-DSAE-LEGAL-730-2023 de 8 de mayo de 2023, mediante el cual la SSA informó que por los hechos materia de la queja no se inició expediente en su Órgano Interno de Control; asimismo, remitió el similar SAP-HPFBA-SA-DSA-RH-MEMO-530-2023 por el que la jefa de Recursos Humanos del Hospital Psiquiátrico señaló que AR1 y AR2 continúan activos laboralmente en ese nosocomio.



III. SITUACIÓN JURÍDICA

30. El 17 de abril de 2017, se inició la Carpeta de Investigación 1 en la entonces PGJ por el delito de lesiones culposas en agravio de V, misma que al 24 de marzo de 2023, se encontraba en trámite, toda vez que la AMP informó a que no tenían datos de prueba suficientes para imputar a alguna persona la comisión del delito que se perseguía.

31. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que la Carpeta de Investigación 1 actualmente continua en trámite en la FGJ, motivo por el cual mediante oficio se dio vista a la Unidad de Asuntos Internos de la FGJ, para que en términos de las fracciones II, III, VII y VIII del artículo 36 del Reglamento de la Ley Orgánica de la PGJ, se realice una Evaluación Técnico Jurídica para verificar la actuación y desempeño del AMP, y que la investigación de la Carpeta de Investigación 1 se realice con apego a los principios de certeza, legalidad, objetividad, imparcialidad, eficiencia, profesionalismo, honradez, lealtad, disciplina, y respeto a los derechos humanos.

32. El 16 de marzo de 2023, QVI comunicó a personal de este Organismo Nacional, que no inició algún procedimiento de responsabilidad administrativa por los hechos materia de la queja en agravio de V.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

33. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2017/3457/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional y con un enfoque lógico-jurídico de máxima



protección de las víctimas, con perspectiva de discapacidad, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y a la vida cometidas en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, y VI3 atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al Hospital Psiquiátrico y al Hospital General, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

34. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. Al respecto, la jurisprudencia administrativa señala que:

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).³⁷

³⁷ DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.



35. Por su parte, el apartado D del artículo 5, de la Constitución Política de la Ciudad de México, señala que “Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad”, y establece:

Las personas que residen en la Ciudad tienen derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, deberá incluir medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas. Aquéllas con discapacidad tienen derecho a la rehabilitación integral de calidad.

36. La Constitución de la OMS³⁸ 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 prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

36.1. 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.

³⁸ 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.



36.2. 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.

36.3. 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.

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

37. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: "(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)."

38. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³⁹ señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

³⁹ Ratificado por México en 1981.



39. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como:

(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).⁴⁰

40. En el artículo 10.1 así como en los incisos a) y d) del numeral 10.2, del “Protocolo de San Salvador”, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

41. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁴¹ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).”

42. Este Organismo Nacional, emitió la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”,⁴² en la que se aseveró que:

⁴⁰ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

⁴¹ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁴² El 23 de abril del 2009.



(...) el desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁴³

43. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1 y AR2, adscritos al Hospital Psiquiátrico, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, personas servidoras públicas del Hospital General, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, así como el personal médico y de enfermería del servicio de Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, omitieron brindarle la atención médica adecuada en su calidad de garantes que les obligan los artículos 32 y 33, fracciones I y II de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS, y 42 del Reglamento de la LSDF, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida de V, así como, a la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio como de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis posterior, así como los profesores titulares, jefes de servicio y/o médicos adscritos a diversos servicios en los nosocomios referidos, que omitieron supervisar el desempeño de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4 y PMR5.

⁴³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V

• Antecedentes clínicos de V

44. V, de 48 años al momento de su atención en el Hospital Psiquiátrico, con los antecedentes de padecer desde los 14 años rasgos de personalidad; sin atención médica hasta los 38 años que fue valorado en el Hospital Psiquiátrico de San Luis Potosí, en donde establecieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con manejo a base antipsicótico.

45. El 12 de enero de 2017, fue trasladado del Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza” en Pachuca, Hidalgo, al Hospital Psiquiátrico por presentar síndrome catatónico.

46. V, ingresó el 13 de enero de 2017, a la UCEP del Hospital Psiquiátrico en donde se brindó tratamiento farmacológico a base de olanzapina y lorazepam, y se indicó continuar con su tratamiento en el área de hospitalización a partir del 16 del mismo mes y año.

47. Durante su estancia en el área de hospitalización, V recibió manejo con múltiples terapias farmacológicas antipsicóticas sin mejoría, por lo que el 8 de marzo de 2017, inició tratamiento continuo a base de clozapina con incremento gradual de dosis, toma de electrocardiograma y exámenes de laboratorio semanales; sin embargo, tampoco mostró recuperación, motivo por el que personal médico el 5 de abril de 2017, nuevamente ajustó el esquema a base de trifluoperazina, valproato de magnesio y clonazepam.



- **Contexto del evento ocurrido el 6 de abril de 2017, en el Hospital Psiquiátrico**

48. Es importante señalar, que previo al evento materia de la presente investigación, V fue víctima de dos agresiones físicas por otros pacientes, acontecidas el 5 de abril de 2017 y el 6 de abril de 2017 a las 05:40 horas, mismas que no fueron catalogadas como “eventos centinela” y no permitió que el personal médico realizara las medidas pertinentes de aislamiento tanto de las personas agresoras como de V, tal como se desarrollara más adelante.

49. Adicionalmente, el día en que ocurrieron los hechos, la atención hospitalaria de V recayó en una persona médico residente, debido a que la médica tratante se encontraba de vacaciones.

50. El 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas, mientras se encontraba en el Hospital Psiquiátrico, se reportó a V tirado en el suelo sobre su espalda y con sangrado en la parte de atrás de la cabeza (región occipital), según el testimonio de otros usuarios y de personal de enfermería, V fue agredido físicamente con un golpe en la cara por la Persona 1, lo que provocó una caída de su propia altura sin pérdida de la alerta.

51. De inmediato V fue atendido por personal médico y paramédico del segundo piso de atención continua sección hombres, quienes advirtieron hemorragia en cavidad oral, otorragia derecha y sangrado occipital, por lo que adecuadamente indicaron inmovilización de cervicales y envió a la UCEP por probable fractura de piso medio de cráneo.



52. Una vez que V ingresó a la UCEP, fue valorado por PSP1, especialista en Neurología, quien confirmó el diagnóstico de fractura de piso medio de cráneo y solicitó se estabilizaran los signos vitales y de inmediato se trasladara a un hospital de Traumatología para ser valorado por los servicios de Traumatología, Neurocirugía e Imagenología.

53. A las 14:10 horas del 6 de abril de 2017, se reportó a V estable en sus signos vitales y alerta, y se determinó que sería trasladado al Hospital General para su valoración y tratamiento, y se calificó operativamente dicha situación como un “evento centinela”.

- **Atención brindada a V en el Hospital Psiquiátrico**

54. Previo al desarrollo de las omisiones del personal médico del Hospital Psiquiátrico, es importante señalar que la literatura médica especializada establece que “(...) la seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad (...)”.

55. En el mismo sentido, la OMS define a la seguridad como “(...) la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y



el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (...).⁴⁴

56. Al respecto, se entiende por evento adverso y centinela lo siguiente:

56.1. Eventos adversos: situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.⁴⁵

56.2. Evento centinela: suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.⁴⁶

57. El Hospital Psiquiátrico a la fecha en que acontecieron los hechos, contaba con el Protocolo Centinela-HPFBA, que lo define como un “incidente involuntario que afecta al paciente, ocurre durante el proceso de atención a la salud, deja o puede dejar secuelas permanentes, comprometen la vida e incluso derivan en muerte, incluye suicidio o intento; agresión o asalto sexual; y abandono hospitalario consumado”, para el cual se hace un análisis a través de un equipo multidisciplinario que identifica errores en el proceso y propone mejoras en las actividades detectadas.

⁴⁴http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/seguridad_paciente.html#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se,se%20prestaba%20la%20atenci%C3%B3n%2C%20ponderadas

⁴⁵ https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_3.pdf

⁴⁶ Ibidem.



58. En el caso que nos ocupa, derivado de la agresión física de la Persona 1 a V, de la activación del evento centinela y en atención al Protocolo Centinela-HPFBA, AR1 y PMR1 elaboraron la Hoja de identificación del incidente: “caso: sangrado auditivo por traumatismo craneoencefálico por agresión física de un paciente a otro”, en la que establecieron como fecha y hora del suceso el 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas, en el segundo piso de hospitalización continua, sección hombres, cuyo médico tratante a cargo de V era PSP2, quien en esa fecha se encontraba de vacaciones, por lo que la vigilancia de V recayó en PMR1.

59. En el rubro de “Cronología Narrativa” del Protocolo Centinela-HPFBA, se registraron los siguientes sucesos de importancia, previos al evento que aconteció el 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas:

59.1. El 5 de abril de 2017, AR2, enfermera del segundo piso de atención, reportó que a pesar de que V se encontraba insomne y tranquilo, fue agredido por otro paciente.

59.2. El 6 de abril de 2017 a las 05:40 horas, PMR2, PMR3 y PMR4, médicos residentes de primer y tercer año adscritos al servicio de Psiquiatría, registraron en la “nota de intercurencia” que V fue agredido por otro paciente en región facial que provocó hemorragia interna en cavidad oral y laceración de mucosa, por lo que sugirieron vigilancia estrecha del estado neurológico y pasar cama frente a control de enfermería.

59.3. En la Bitácora Nocturna de Enfermería de 6 de abril de 2017, se reportó que V presentó hematoma facial y laceración de mucosa por agresión



por otro paciente, por lo que fue valorado por médico de guardia que indicó compresa con hielo.

60. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se determinó que la conducta de AR2, PMR2, PMR3, PMR4 y el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, de quien la autoridad deberá investigar su identidad, fue inadecuada al omitir notificar a los médicos tratantes de las dos agresiones físicas que sufrió V por otros pacientes, así como catalogarlas como “eventos centinela” para realizar las medidas pertinentes de aislamiento tanto de las personas agresoras como de V, y evitar con ello el evento que sucedió el 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas, lo que contravino el numeral 5.7.7 de la NOM-Prestación de Servicios de Salud que establece “el personal que labora en las unidades para la atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, tiene la obligación de vigilar y proteger la integridad física y mental de las personas usuarias”.

61. Esta Comisión Nacional es respetuosa de lo señalado en el numeral 9.26 de la NOM-Prestación de Servicios de Salud que establece: “El aislamiento de las personas usuarias es innecesario y violatorio de los derechos humanos, por lo que no deben utilizarse para dicho fin, instalaciones de patios y cuartos de aislamiento en cualquiera de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica”; sin embargo, en el presente caso no puede obviarse la responsabilidad de AR2, PMR2, PMR3, PMR4 y el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, de cumplir con lo señalado en el citado numeral 5.7.7 y el similar 9.20 que indica que las personas usuarias deben ser protegidas “contra toda explotación, abuso o trato degradante y, en su caso, denunciar por sí o a través de un familiar o su



representante legal, cualquier abuso físico, sexual, psicológico, moral o económico que se cometa en su contra”.

62. Derivado de lo anterior, en opinión del personal de este Organismo Nacional AR2, PMR2, PMR3, PMR4 y el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, tenían la obligación de proteger la integridad física tanto de V como de los pacientes que lo agredieron, notificarlo a las autoridades del Hospital Psiquiátrico y si se consideraba oportuno, ordenar el aislamiento de los pacientes agresores, entre ellos, la Persona 1, en atención a lo estipulado en el Manual de Recursos de la OMS Sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, en el que se determina que “El aislamiento y la restricción física pueden autorizarse cuando se trata del único medio disponible para prevenir un daño inmediato o inminente contra si o contra terceros, y cuando sean empleados por el periodo de tiempo necesario más corto posible”.

63. En el rubro de “Cronología Narrativa” del Protocolo Centinela-HPFBA se registró que a las 13:40 horas del 6 de abril de 2017, PSP1 reportó que V se golpeó en la cabeza, perdió el estado de alerta unos segundos y hubo salida de sangre por los conductos auditivos, por lo que sugirió su referencia inmediata a un hospital de Traumatología en ambulancia, acompañado por el médico que conociera su historial clínico, e indicó que por la gravedad de V no se debía perder tiempo en su traslado.

64. No obstante lo anterior, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional existió contradicción entre lo plasmado por PSP1, AR1 y PMR1, quienes



en el Protocolo Centinela-HPFBA registraron que V perdió el conocimiento y el sangrado del oído externo era del lado derecho, mientras que tal y como se expuso en el párrafo que antecede PSP1 reportó que V perdió el estado de alerta y el sangrado fue en los conductos auditivos, situación que incumplió con el numeral 9.17 de la NOM-Prestación de Servicios de Salud, que establece que los pacientes tienen derecho a “recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención”.

65. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que, sin poder precisar los motivos, V fue trasladado en una ambulancia del Hospital Psiquiátrico acompañado de PMR1 al Hospital General, a pesar de encontrarse a 20 kilómetros de distancia del Hospital Psiquiátrico y que éste último se ubica en una zona de hospitales del sur de la Ciudad de México, con fecha y hora de ingreso el 6 de abril de 2017 a las 18:09 horas, es decir, 5 horas después del evento centinela, y a pesar de que PSP1 indicó que por la gravedad del estado clínico de V no se debía perder tiempo en su traslado, situación que incumplió con el referido numeral 9.17 de la NOM-Prestación de Servicios de Salud.

- **Atención brindada a V en el Hospital General**

66. En la nota inicial de urgencias, AR3 y PMR5, adscritos al servicio de Urgencias, reportaron a V con signos vitales en cifras normales, neurológicamente desorientado, con Glasgow de 12 puntos, funciones mentales no valorables, movimientos oculares disminuidos, pupilas hipoactivas, cráneo normocéfalo con herida de 3 centímetros en región occipital derecha suturada, cavidad oral con traumatismo dentario, piezas dentales faltantes y dolor a la movilidad, por lo que



establecieron los diagnósticos de traumatismo craneoencefálico moderado por OMS, hemorragia subaracnoidea y hemorragia parenquimatosa, y solicitaron tomografía de cráneo; sin embargo, en opinión del personal médico de esta CNDH, AR3 y PMR5 omitieron precisar las dimensiones de las hemorragias y su lateralidad para estimar su gravedad y con ello establecer un protocolo médico completo e idóneo al riesgo del estado clínico de V.

67. Derivado de dicha valoración, AR3 y PMR5 solicitaron que le realizaran a V estudios de laboratorio como son: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación y gasometría arterial; valoración por el especialista en Neurocirugía y establecieron como indicaciones médicas: solución parenteral, analgésico, anticonvulsivante, antibiótico, antipsicótico, camilla con barandales en alto, posición semifowler, vigilar datos de deterioro neurológico, glucometría capilar por turno, eutermia y realizar aviso a Ministerio Público.

68. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se indicó que respecto a los registros que hicieron AR3 y PMR5 de que la herida en región occipital derecha estaba suturada y la ausencia de órganos dentarios, no obra en el expediente clínico de V constancia que permita determinar en qué momento y quién suturó la herida, así como cuáles eran las piezas dentales ausentes, si su pérdida fue reciente y estaba acompañada de sangrado activo o edema.

69. El 6 de abril de 2017 a las 19:45 horas, V fue valorado por AR4, especialista en Neurología, quien lo encontró al momento de su intervención, somnoliento, con funciones mentales no valorables, pupilas hiporreactivas a la luz, movimientos espontáneos de miembros superiores e inferiores, marcha no valorable; asimismo, indicó que en el estudio de tomografía de cráneo simple se observó lo siguiente:



“colección subdural de lado derecha, que no ejerce efecto de masa, no desviación de la línea media, datos de hiperdensidad en insusira (sic) tentorial, compatible con hemorragia subaracnoidea, sistema ventricular sin alteraciones”.

70. Derivado de ello, AR4 indicó que V no ameritaba manejo quirúrgico de urgencia, repetir el estudio de tomografía de cráneo en 15 días y que continuara a cargo del servicio tratante; sin embargo, en opinión del personal de este Organismo Nacional dicha conducta fue inadecuada debido a que, por la condición clínica de V, requería vigilancia estrecha y realizarle tomografía de control entre las 12 y 48 horas después de la inicial, situación que incumplió lo establecido en los artículos 32 de la LGS que establece “Se entiende por atención médica el conjunta de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, 9 del Reglamento de la LGS y 42 del Reglamento de la LSDF que señalan “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

71. El 6 de abril de 2017 a las 21:38 horas, encontrándose V en el piso de Neurocirugía, AR5, adscrito a dicha área, lo reportó con incremento de desorientación y somnolencia, motivo por el que indicó su ingreso al área de Neurocirugía y valoración por el servicio de Cirugía Maxilofacial por traumatismo oral; sin embargo, en opinión del personal de este Organismo Nacional, AR5 omitió identificar el motivo del progreso de la desorientación, prescribir modificaciones al tratamiento farmacológico e indicar manejo en la UCI ante la presencia de datos de edema, lo que vulneró los citados artículos 32 de la LGS, 9 del Reglamento de la LGS y 42 del Reglamento de la LSDF.



72. En las indicaciones médicas del 6 de abril de 2017 las 23:09 horas, se observó que AR6, del servicio de Urgencias, agregó al manejo médico de V, anticonvulsivante, vigilancia y cuidados de paciente psiquiátrico e ingreso a piso de Medicina Interna; sin embargo, para el personal de esta Comisión Nacional omitió indicar tratamiento antiedema cerebral, tal como lo indica la literatura médica especializada al mencionar entre las opciones más comunes las siguientes: hiperventilación controlada, hipotermia, osmotherapia, diuréticos, corticosteroides,⁴⁷ barbitúricos,⁴⁸ e intervenciones quirúrgicas, en casos graves, donde el paciente pueda morir o sufra un derrame cerebral.⁴⁹

73. El 7 de abril de 2017 a las 10:00 horas, V fue revalorado por AR7, especialista en Neurocirugía, quien lo reportó con hemorragia activa e importante de la cavidad oral, motivo por el que aspiró e intubó con cánula orotraqueal, dejó apoyo mecánico ventilatorio bajo sedación, y advirtió que V presentaba una herida probablemente producida por mordedura en la lengua; asimismo, revisó la tomografía de cráneo del 6 de abril de 2017 e indicó que el hematoma subdural no producía efecto de compresión y por lo tanto no requería manejo quirúrgico en ese momento; reportó a V grave con sus familiares y con pronóstico reservado a evolución; sin embargo, en opinión del personal de esta Comisión Nacional AR7 incumplió los citados artículos 32 de la LGS, 9 del Reglamento de la LGS y 42 del Reglamento de la LSDF, al no determinar vigilancia estrecha de V y seguimiento tomográfico atendiendo a su condición clínica.

⁴⁷ Medicamento utilizado para reducir la presión intracraneal en el edema vasogénico.

⁴⁸ Fármacos sedantes, ayudan a disminuir la presión intracraneal.

⁴⁹<https://bluenethospitals.com/health-library/edema-cerebral#:~:text=Las%20opciones%20comunes%20de%20tratamiento,agua%20de%20los%20tejidos%20cerebrales.>



74. Adicionalmente, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que la revaloración de V por AR7, se realizó 11 horas después de la efectuada por AR5, tiempo en el que se acredita una omisión de cuidados por el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General, ante la presencia en V de una mordedura en la lengua, de la cual no es posible establecer el momento en la que sucedió, por lo que la autoridad deberá investigar su identidad a fin de deslindar responsabilidades al vulnerar los siguientes preceptos jurídicos de la LGS:

Artículo 2: *El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana (...)*

Artículo 33: *Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica (...)*

Artículo 51: *Los usuarios, tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.*

75. Durante los días 8, 9, 10 y 11 de abril de 2017, PSP3, PSP4 y AR7 reportaron a V con diagnóstico de traumatismo craneo encefálico moderado, hematoma



subdural laminar derecho, y establecieron los siguientes datos en cuanto a su frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura:

Fecha	Frecuencia cardíaca	Presión arterial	Temperatura
8 de abril de 2017	75 p. p. m. ⁵⁰	140/90 mm Hg ⁵¹	36°C
9 de abril de 2017	88 p. p. m.	140/80 mm Hg	36°C
10 de abril de 2017	85 p. p. m.	140/70 mm Hg	36°C
11 de abril de 2017	85 p. p. m.	130/80 mm Hg	36°C

76. El 12 de abril de 2017 a las 13:00 horas, AR7 señaló en su nota de evolución que el día anterior se le realizó a V una tomografía de cráneo simple que reportó “hemorragia intracerebral tardía localizada en región temporoparietal izquierda, hematoma subdural laminar izquierda, que causa colapso parcial del ventrículo ipsilateral sin desviar la línea media”; sin embargo, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional omitió describir la evolución del hematoma subdural en región de lado derecho que fue descrito en la tomografía previa, para determinar si estaba resuelto o persistía.

77. Los siguientes días 13, 14, 15 y 16 de abril de 2017, AR8, adscrito al servicio de Neurocirugía, reportó en sus notas de evolución a V con “traumatismo cráneo encefálico moderado, hematoma subdural laminar parietotemporal izquierdo,

⁵⁰ Pulsaciones por minuto.

⁵¹ La abreviatura mm Hg significa milímetros de mercurio. El mercurio se utilizó en los primeros indicadores de presión precisos y se sigue utilizando en la medicina actual como unidad estándar de medición de la presión.



hemorragia intracerebral parieto-temporal izquierda”, e indicó los siguientes datos en cuanto a su frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura:

Fecha	Frecuencia cardíaca	Presión arterial	Temperatura
13 de abril de 2017	80 p. p. m.	110/70 mm Hg	35.5°C
14 de abril de 2017	80 p. p. m.	120/70 mm Hg	36°C
15 de abril de 2017	60 p. p. m.	60/70 mm Hg	35.5°C
16 de abril de 2017	85 p. p. m.	100/70 mm Hg	36°C

78. Derivado del descenso en las cifras de presión arterial y temperatura, a partir del 15 de abril de 2017, AR8 inició tratamiento con aminos vasoactivas; sin embargo, para el personal de este Organismo Nacional omitió indicar el ingreso de V a la UCI para seguimiento y vigilancia estrecha de su estado neurológico.

79. El 17 de abril de 2017 a las 14:12 horas, V fue valorado por AR7, quien lo reportó con disociación de la mirada conjugada, con dilatación pupilar a pesar de estar bajo sedación, arreflécticas y con persistencia de hipotermia, por lo que solicitó mantener apoyo aminérgico, sedación y elevar la temperatura corporal; sin embargo, en la Opinión Médica elaborada por esta CNDH se concluyó que dicha conducta médica fue inadecuada al omitir realizar tomografía de control ante la presencia de daño neurológico, y con los resultados de dicho estudio establecer el tratamiento medicamentoso correspondiente.

80. Para el personal de esta Comisión Nacional, la atención médica que le proporcionaron AR7 y AR8 a V, los días 12, 13, 14, 15, 16 y 17 de abril de 2017,



incumplió los multicitados artículos 32 de la LGS, 9 del Reglamento de la LGS y 42 del Reglamento de la LSDF.

81. El 17 de abril de 2017, con motivo de la denuncia de QVI ante la entonces PGJ, se presentaron en el Hospital General dos médicos legistas que concluyeron que las lesiones que presentó V se clasificaban como aquellas que ponían en peligro la vida.

82. El 18 de abril de 2017 a las 16:49 horas, AR7 reportó a V con hipotermia, hipotensión y trastornos relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo; sin que solicitara estudio de tomografía de cráneo de control para evaluar la evolución de las hemorragias intracraneales y mayor sangrado a ese nivel, situación que incumplió los artículos 32 de la LGS, 9 del Reglamento de la LGS y 42 del Reglamento de la LSDF.

83. El 19 de abril de 2017 a las 15:00 horas, AR7 reportó a V con tensión arterial baja (90/50 mmHg), bradicardia (65 latidos por minuto) e hipotermia (35°C), pupilas arreflécticas, palidez de tegumentos y zonas con livideces.

84. El 20 de abril de 2017, según consta en la nota de aviso al ministerio público, AR7 asentó que a las 07:10 horas, V presentó paro cardiaco irreversible a maniobras de reanimación por lo que se declaró su muerte en ese día y hora.



85. Derivado de lo anterior, el mismo 20 de abril de 2017, acudió al Hospital General un médico legista de la entonces PGJ, quien asentó que el cadáver de V presentó los siguientes hallazgos y lesiones: “lechos ungueales pálidos, huellas de venopunción en región subclavia derecha, excoriación con costra hemática seca, forma irregular, de 2.5 por 1.5 cm, en región temporoparietal derecha”.

86. No pasó inadvertido para el personal médico de esta Comisión Nacional, que la excoriación descrita por el médico legista de la entonces PGJ fue secundaria a la caída que sufrió V; sin embargo, inadecuadamente siempre fue ubicada en la región occipital por AR1, PMR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8.

87. El 20 de abril de 2017 a las 22:00 horas, se efectuó estudio neuroquirúrgico por una perito médico forense del TSJCDMX, el cual evidenció lesiones que en opinión del personal de esta Comisión Nacional no fueron advertidas oportunamente por AR1, PMR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, y algunas de ellas derivaron de una inadecuada atención médica que complicaron el estado de salud de V y emanaron directamente en su fallecimiento, las cuales se describen en el cuadro siguiente:

Lesiones descritas en la necropsia elaborada por perito médico forense del TSJCDMX	Observaciones del personal médico de esta CNDH en su Opinión Médica Especializada
“Herida regularizada quirúrgicamente y suturada de 2 centímetros localizada en región parieto temporal derecha, se encuentra rodeada de costra hemática”	Herida inadecuadamente fue ubicada en la región occipital por AR1, PMR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8.



<p>“Equimosis violáceas de 4 por 7 centímetros en región frontal a la derecha de la línea media anterior y de 1 por 1 centímetros en región malar derecha”</p>	<p>Lesiones no advertidas oportunamente por AR1, PMR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8.</p>
<p>“Infiltración hemática pericraneal en regiones biparietal y frontal derechas”</p> <p>“Hematoma subgaleal de 23 por 13 por 0.3 centímetros en la base del lóbulo temporal izquierdo, el cual comprime y deforma dicha región”</p> <p>“Aplanamiento de sus circunvoluciones, disminución de espacios intercisurales, contundido difusamente, de predominio en lóbulos frontal, parietal y temporal izquierdos”</p> <p>“Lacerado en la base del lóbulo temporal izquierdo, con hemorragias subdural, subaracnoidea y ventricular bilateral”</p> <p>“Fractura de hueso temporal derecho irradiada a piso medio de base de cráneo a la derecha del plano medio sagital”.</p>	<p>Lesiones secundarias al traumatismo craneoencefálico que no fueron diagnosticadas por AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 durante su estancia en el Hospital General, a pesar de que desde su ingreso V se reportó con desorientación, posteriormente deterioro neurológico progresivo y disautonomías, manifestaciones que fueron subestimadas y no realizaron una exploración física adecuada ni seguimiento tomográfico estrecho.</p>

88. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, así como el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los



artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

A.2. PERSONAS MÉDICO RESIDENTES

89. En la citada Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

90. De la revisión de las constancias que integran el expediente clínico de V, personal de este Organismo Nacional consideró que tal y como lo establece la Hoja de identificación del incidente: “caso: sangrado auditivo por traumatismo craneoencefálico por agresión física de un paciente a otro” la vigilancia de V quedó a cargo de PMR1 ante la ausencia de PSP2, por encontrarse de vacaciones, quien al momento del evento centinela registró que V no perdió el conocimiento y el



sangrado del oído externo era del lado derecho, aun cuando PSP1 lo reportó con pérdida del estado de alerta y sangrado en ambos conductos auditivos.

91. Adicionalmente a ello, ante la falta de supervisión ubicó y no advirtió las lesiones que presentó V y que se detallan en el párrafo 87 relativas a la necropsia elaborada por perito médico forense del TSJCDMX.

92. Así también tal como lo manifestó PMR1 ante un AMP en su entrevista del 21 de julio de 2017 a las 11:55 horas, el día que ocurrieron los hechos se trasladó solo en una ambulancia con V al Hospital General por posibles datos de fractura de base de cráneo, previa valoración del especialista en Nefrología.

93. Respecto de PMR2, PMR3 y PMR4 omitieron notificar a los médicos tratantes de las dos agresiones físicas que sufrió V por otros pacientes, así como catalogarlas como “eventos centinela” para realizar las medidas pertinentes de aislamiento tanto de las personas agresoras como de V, y evitar con ello el evento que sucedió el 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas.

94. PMR5 en la valoración inicial de Urgencias de V, omitió precisar las dimensiones de las hemorragias y su lateralidad para estimar su gravedad y con ello establecer un protocolo médico completo e idóneo al riesgo del estado clínico de V.

95. Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4 y PMR5, para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y



10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se especifica que el profesor titular y adjunto deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; y que los médicos residentes deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto; y contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

96. Adicionalmente, las personas servidoras públicas a cargo de PRM1, PMR2, PMR3 y PMR4 incumplieron el artículo 6 de los Lineamientos Internos para Médicos Residentes en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico que indica “El adiestramiento clínico se efectuará mediante la supervisión y la enseñanza directa que impartirán los jefes de servicio, los médicos adscritos y los responsables de cada área por los que roten los residentes”.

B. DERECHO A LA VIDA

97. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado Mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.



98. La SCJN ha determinado que:

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).⁵²

99. La CrIDH ha establecido que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él

⁵² Tesis Constitucional. "Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado". Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.



(...)”⁵³, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).⁵⁴

100. Este Organismo Nacional ha referido que:

(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.⁵⁵

B.1. DEBER DE DEBIDA DILIGENCIA COMO PRINCIPIO DE ACTUACIÓN

101. A través de sus Recomendaciones, esta Comisión Nacional ha desarrollado ampliamente los alcances de la debida diligencia, entendida en principio como la necesidad de adoptar medidas necesarias y razonables ante situaciones de riesgo, para hacer extensivo ese concepto a la obligación de las autoridades de adoptar

⁵³ CrIDH. Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

⁵⁴ CrIDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

⁵⁵ CNDH. Recomendación: 243/2022, párr. 94.



medidas necesarias, efectivas y razonables ante actos, irregularidades u omisiones que puedan configurar posibles violaciones a derechos humanos.⁵⁶

102. Dicho enfoque, da cuenta de la relevancia de la seguridad jurídica al considerar los principios de la buena administración⁵⁷ que deben imperar en todo acto de autoridad, más allá de requisitos esenciales como la fundamentación y motivación, lo que resulta afín con la necesidad de que las autoridades, ante actos, irregularidades u omisiones constitutivas de violaciones a los derechos humanos, adopten medidas para atender, evitar o suprimir tales afectaciones, es decir, que actúen bajo una debida diligencia.

103. Sobre el deber de debida diligencia, la CIDH en su informe “Pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes e industrias extractivas”, en el que dicho órgano sostiene que los alcances de la debida diligencia se inscriben en el ámbito de la responsabilidad objetiva del Estado parte del tratado.

104. También, la CrIDH en su Opinión Consultiva 23/2017, resolución en la cual se mencionó que:

⁵⁶ Recomendación 142/2022 (Puerto Morelos), párrafo 144.

⁵⁷ Constitución de la Ciudad de México, artículo 7, párrafo 1; Ley Constitucional de Derechos Humanos de la Ciudad de México, artículo 108, párrafo 23, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, artículos 10, 11 y 12, son los tres ordenamientos jurídicos que se refieren las características sustantivas del derecho a la buena administración, entre los que se encuentran: de atención ciudadana simplificación, agilidad, economía, información, innovación, precisión, legalidad, transparencia, gobierno abierto, proporcionalidad, buena fe, integridad, plena accesibilidad, debido procedimiento e imparcialidad, honradez, lealtad, eficiencia, profesionalización y eficacia



(...) el deber de actuar con debida diligencia también corresponde, de manera general, a la obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención Americana a toda persona sujeta a su jurisdicción, según la cual el Estado mexicano debe adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar los derechos consagrados en la Convención, así como organizar todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público.⁵⁸

105. A partir de lo anterior, en el ámbito nacional, la debida diligencia, se percibe como la obligación del Estado mexicano de actuar apropiadamente para prevenir las violaciones a los derechos humanos dentro de su esfera de atribuciones mediante acciones exhaustivas que permitan el acceso efectivo de los derechos humanos de toda persona bajo su jurisdicción.⁵⁹

106. Para explicar lo anterior cabe precisar que la debida diligencia se introdujo en el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, inicialmente bajo la perspectiva de “riesgos”, ámbito en el que la CrIDH y la CIDH han estudiado casos en los que se ha establecido que:

⁵⁸ CrIDH, Opinión Consultiva OC-23/17: “Obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal – Interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, solicitada por la República de Colombia, de 15 de noviembre de 2017, párrafo 59.

⁵⁹ Mas antecedentes de este principio en: CIDH, “Pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes e industrias extractivas”, 31 de diciembre de 2015, párrafo 84, y CrIDH, “Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia”, Sentencia de 31 de enero de 2006, párrafo 123. Asimismo, el criterio de la debida diligencia se ha analizado en otros casos como “Caso de la Masacre de la Rochela Vs. Colombia”, Sentencia de 11 de mayo de 2007, “Caso Cepeda Vargas Vs. Colombia”, Sentencia de 26 de mayo de 2010, y el “Caso Anzualdo Castro Vs. Perú”, Sentencia de 22 de septiembre de 2009, por señalar algunos precedentes.



i) las autoridades estatales sabían, o debían haber sabido, de la existencia de un riesgo real e inmediato para (...) un individuo o grupo de individuos determinado, y que ii) tales autoridades no adoptaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo.

107. En caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, y el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente:

B.2. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

108. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluyó que la atención y cuidados proporcionados a V por AR1 y AR2, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, así como la falta de supervisión de PMR1, PRM2, PRM3 y PMR4 provocaron que a pesar de tener antecedentes de dos agresiones físicas, éstas no fueron catalogadas como evento centinela para tomar las medidas de seguridad necesarias, y con ello prevenir el suceso del 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas en el que V fue agredido por la Persona 1, lo que provocó caída desde su propia altura que ameritó traslado al Hospital General por una probable fractura de cráneo, el



cual se realizó 5 horas después del evento, dilación que no se encuentra justificada en el expediente clínico y que ocasionó un deterioro en su salud e influyó en su posterior fallecimiento.

109. Adicionalmente, se concluyó que la atención brindada a V en el Hospital General por AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, así como la falta de supervisión de PMR5, fue inadecuada al subestimar el deterioro neurológico progresivo y disautonomías lo que provocó que no se realizara un seguimiento estrecho y que pasaran desapercibidas las lesiones secundarias al traumatismo craneoencefálico, las cuales, al no ser diagnosticadas ni tratadas, derivaron directamente en el fallecimiento de V.

110. De esta forma, AR1, AR2, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, y las personas servidoras públicas encargadas de la supervisión de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4 y PMR5, incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.



111. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, el personal médico y de enfermería del servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V, y las personas servidoras públicas encargadas de la supervisión de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4 y PMR5 debieron valorar adecuada e integralmente a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

112. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1, párrafo primero de la Constitución Política; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen 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.⁶⁰

⁶⁰ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.



C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA CON DISCAPACIDAD

113. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de vivir con discapacidad psicosocial, específicamente, el derecho a un trato digno, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas que viven con alguna discapacidad, en términos de la Constitución Política y diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que V debió recibir una atención prioritaria e inmediata por el personal médico del Hospital Psiquiátrico y del Hospital General.

114. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política, establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

115. El artículo 1, de la Convención PcD establece que “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

116. En el presente asunto, V vivía al momento de los hechos con una discapacidad psicosocial la cual puede definirse como “la limitación de las personas que



presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas”,⁶¹ y “(...) puede ser temporal o permanente y se convierte en una condición de vida que afecta la forma de pensar, los sentimientos, el humor, la habilidad para relacionarse con otros y el funcionamiento diario de una persona (...)”,⁶² por lo cual el personal médico de Hospital Psiquiátrico y del Hospital General debió priorizar la salud de V y el trato adecuado en su atención médica al pertenecer a un grupo en situación de vulnerabilidad, como lo establece el artículo 25 de la Convención PcD, que en términos generales “(...) reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad (...)”.

117. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas con discapacidad, se publicó la LGIPcD, en cuyo artículo 7, dispone que:

(...) La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género (...). [Énfasis añadido]

118. Adicionalmente la Ley para la integración al desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, en la fracción V de su artículo 9, establece el derecho de las personas con discapacidad a gozar del nivel más alto de salud “(...)

⁶¹ <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial>.

⁶² <https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad?idiom=es>.



para contar con servicios de salud, habilitación y rehabilitación, bajo criterios de calidad, especialización, género, gratuidad y, en su caso, precio asequible, que busquen en todo momento su bienestar físico y mental”.

119. 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.”⁶³ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

120. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”⁶⁴

121. Partiendo de ello, en razón de la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona con discapacidad psicosocial, no recibió un trato preferencial que permitiera la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del Hospital Psiquiátrico y del Hospital

⁶³ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26; CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

⁶⁴ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.



General al no valorar adecuada e integralmente a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

122. No pasa inadvertido mencionar, que para esta Comisión Nacional resulta fundamental salvaguardar los derechos humanos de las personas que viven con alguna discapacidad, contenidos en la Constitución Política, la Convención PcD y la LGIPcD, entre ellos, a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación, y generar acciones que garanticen, en igualdad de condiciones, el goce o ejercicio de todos sus derechos.

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

123. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

124. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁶⁵ párrafo 27, consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”

125. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía

⁶⁵ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.



para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁶⁶

126. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que:

*(...) el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*⁶⁷

127. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

⁶⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁶⁷ Introducción, párrafo segundo.



128. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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.⁶⁸

129. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

130. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se enfatizó que de la revisión del expediente clínico de V integrado en el Hospital Psiquiátrico se observaron notas en desorden, no fueron agregadas aquellas que justificaran la atención médica proporcionada a V durante las 5 horas que se prolongó su traslado al Hospital General, así como las relacionadas con el proceso de sutura de la herida en región occipital derecha que reportó AR3 y PMR5, y el traumatismo dentario.

⁶⁸ CNDH, párrafo 34.



131. Respecto al Hospital General el personal de este Organismo Nacional señaló que el expediente clínico de V se encontró en desorden y que no fueron agregados los reportes de las tomografías de cráneo, las notas de indicaciones de los días 7 al 10 y del 18 al 20 de abril de 2017, así como las hojas de enfermería de los días 6 al 8, 10 y del 18 al 20 de abril de 2017.

132. Lo anterior, incumple los numerales 4.4 y 5.1 de la de la NOM-Del Expediente Clínico, que establecen lo siguiente:

4.4. Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.1. Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal. [Énfasis añadido]



133. Las omisiones en la integración del expediente clínico, si bien no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, situación que corresponderá a la autoridad investigadora deslindar responsabilidades respecto al personal del Hospital Psiquiátrico y del Hospital General encargado del resguardo de los expedientes clínicos, de quien se deberá investigar su identidad, que incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad.

134. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones; sin embargo, el personal médico y de enfermería persiste 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 cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

135. La responsabilidad de AR1, AR2, el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, el personal médico y de enfermería del



servicio Neurocirugía del Hospital General que atendieron a V provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención que le proporcionaron, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató con base en lo siguiente:

135.1. AR1 erróneamente registró en el Protocolo Centinela-HPFBA que V no perdió el conocimiento y el sangrado del oído externo era del lado derecho, mientras que PSP1 reportó pérdida del estado de alerta y sangrado en conductos auditivos.

135.2. AR2 y el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico encargado de la vigilancia de V durante la madrugada del 6 de abril de 2017, omitieron notificar a los médicos tratantes de las dos agresiones físicas que sufrió V por otros pacientes, así como catalogarlas como “eventos centinela” para realizar las medidas pertinentes de asilamiento tanto de las personas agresoras como de V, y evitar con ello el evento que sucedió el 6 de abril de 2017 a las 13:15 horas.

135.3. AR3 omitió precisar las dimensiones de las hemorragias y su lateralidad para estimar su gravedad y con ello establecer un protocolo médico completo e idóneo al riesgo del estado clínico de V.

135.4. AR4 omitió solicitar vigilancia estrecha de V y realizarle tomografía de control entre las 12 y 48 horas después de la inicial.

135.5. AR5 omitió identificar el motivo del progreso de la desorientación, prescribir modificaciones al tratamiento farmacológico e indicar manejo en la



UCI ante la presencia de datos de edema; asimismo, AR6 omitió indicar tratamiento antiedema cerebral.

135.6. AR7 no determinó vigilancia estrecha de V y seguimiento tomográfico atendiendo a su condición clínica; asimismo, describir la evolución del hematoma subdural en región de lado derecho que fue detallado en la tomografía inicial, para determinar si estaba resuelto o persistía.

135.7. Así también, AR7 omitió realizar tomografía de control ante la presencia de daño neurológico, y con los resultados de dicho estudio establecer el tratamiento medicamentoso correspondiente, evaluar la evolución de las hemorragias intracraneales y mayor sangrado a ese nivel.

135.8. AR8 omitió indicar el ingreso de V a la UCI para seguimiento y vigilancia estrecha de su estado neurológico.

135.9. El personal médico y de enfermería del servicio de Neurocirugía del Hospital General omitió brindar cuidados a V, durante un lapso de 11 horas, lo que provocó que no se percataran de una mordedura en la lengua.

135.10. AR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 inadecuadamente en todas sus intervenciones y valoraciones describieron que la lesión descrita por el médico legista de la entonces PGJ como “excoriación con costra hemática seca, forma irregular, de 2.5 por 1.5 cm, en región temporoparietal derecha” se ubicó en la región occipital.



136. Las personas servidoras públicas adscritas al Hospital Psiquiátrico y al Hospital General al incumplir la NOM-Para Residencias Médicas, ante la falta de dirección, supervisión y asesoría de PMR1, PRM2, PMR3, PMR4 y PMR5 que provocó:

136.1. PMR1 erróneamente registró en el Protocolo Centinela-HPFBA que V no perdió el conocimiento y el sangrado del oído externo era del lado derecho; asimismo, se trasladó solo en una ambulancia con V al Hospital General por posibles datos de fractura de base de cráneo.

136.2. PMR2, PMR3 y PRM4 omitieron notificar a los médicos tratantes de las dos agresiones físicas que sufrió V por otros pacientes, así como catalogarlas como “eventos centinela” para realizar las medidas pertinentes de asilamiento tanto de las personas agresoras como de V.

136.3. PMR5 omitió precisar las dimensiones de las hemorragias y su lateralidad para estimar su gravedad y con ello establecer un protocolo médico completo e idóneo al riesgo del estado clínico de V.

137. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en el expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad del personal encargado del resguardo de los expedientes clínicos en el Hospital Psiquiátrico y en el Hospital General, situación que corresponderá a la autoridad investigar su identidad, al incumplir los numerales 4.4 y 5.1 de la de la NOM-Del Expediente Clínico.

138. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico y de enfermería de referencia constituyen evidencia suficiente para



determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, así como 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la 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; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

139. Si bien es cierto, el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2017, también es cierto que no resulta 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 V, se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

140. Con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 63 del Reglamento Interno de la CNDH, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia de hechos ante la FGR en contra de las personas autoridades responsables referidas por la inadecuada atención médica de V.



E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

141. Conforme al párrafo tercero del artículo 1, de la Constitución Política

(...) 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.

142. 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.

143. 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 aquéllos que conforman el sistema de las Naciones Unidas

144. 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.

145. En el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional del Hospital Psiquiátrico debido a que al momento en que acontecieron los hechos, es decir, el 6 de abril de 2017, el seguimiento médico de V quedó a cargo de PMR1, por encontrarse PSP2 de vacaciones, y no de personal médico de base, lo que comprueba la falta de recursos humanos especializados en el Hospital Psiquiátrico, lo que contravino el artículo 126 del Reglamento de la LGS que establece: **“Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales, deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría”**.

146. Adicionalmente, han quedado expuestas las inconsistencias en los expedientes clínicos integrados en el Hospital Psiquiátrico y en el Hospital General con motivo de la atención médica brindada a V, al encontrarse desordenados, y sin que fueran agregadas notas de evolución, de indicaciones, de enfermería y reportes de tomografía, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del Hospital Psiquiátrico y del Hospital General, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración al expediente clínico.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

147. 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; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional, 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, así como 56 al 77 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México 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 su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

148. 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), además fracciones VII y IX, del artículo 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 en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona con discapacidad psicosocial, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, por lo cual se les deberá inscribir a las referidas víctimas, conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.



149. 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 en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y 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/o, en su caso, sancionar a los responsables.

150. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos “modos específicos” de reparar que “varían según la lesión producida.” En este sentido, dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.⁶⁹

151. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

F.1. Medidas de Rehabilitación

152. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de

⁶⁹ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párr. 41.



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

153. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y 60 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México se deberá brindar a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas de edad y género.

154. Esta atención psicológica y tanatológica, a pesar del tiempo transcurrido del momento en que acontecieron los hechos, deberá proporcionarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con consentimiento de QVI, VI1, VI2 y VI3, e información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo dirigido a la SSA y a la SSCDMX.

F.2. Medidas de Compensación

155. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64, 65 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, y 61 a 70 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el



menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.⁷⁰

156. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

157. Para tal efecto, la SSA y la SSCDMX deberán colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se les causó a QVI, VI1, VI2 y VI3, 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 cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio dirigido a ambas dependencias de salud.

⁷⁰ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



F.3. Medidas de Satisfacción

158. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, 71, 72 y 73 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

159. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas a la SSA y a la SSCDMX instruyan a quien corresponda a fin de que se colabore ampliamente en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, así como quien resulte responsable, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención de V, ello en cumplimiento al punto recomendatorio tercero de esta Recomendación dirigido a ambas instancias.

160. 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 ésta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.



F.4. Medidas de no repetición

161. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, 74, 75 76 y 77 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

162. Al respecto, las autoridades de la SSA y de la SSCDMX deberán diseñar e implementar en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas que viven con alguna discapacidad en términos de la legislación nacional y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, NOM-Para Residencias Médicas y la NOM-Prestación de Servicios de Salud dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, Urgencias y Neurocirugía del Hospital General, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR5 y AR6, en caso de encontrarse activos laboralmente; los citados cursos 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. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en



derechos humanos; que incluyan programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

163. Adicionalmente la SSA deberá diseñar e implementar en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación, actualización, observancia y cumplimiento del Protocolo Centinela-HPFBA dirigido al personal médico y de enfermería del servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, en particular a AR1 y AR2; el cual deberá ser efectivo 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 impartidos 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. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero dirigido a la SSA.

164. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico y de enfermería de los servicios de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, Urgencias y Neurocirugía del Hospital General, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto dirigido a ambas dependencias de salud.



165. Adicionalmente, la SSA deberá emitir una circular en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigida a la persona Titular del Hospital Psiquiátrico, en el que instruya al personal directivo de los diversos servicios que conforman dicho nosocomio, para que las personas usuarias de los servicios de salud sean atendidas por médicos de base, atendiendo lo establecido en el artículo 126 del Reglamento de la LGS; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo dirigido a dicha dependencia federal.

166. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, 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.

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



V. RECOMENDACIONES

Al secretario de salud federal y a la secretaria de salud de la Ciudad de México

PRIMERA. Colaboren en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, , a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva 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 causado a QVI, VI1, VI2 y VI3, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QVI, VI1, VI2 y VI3, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con consentimiento de QVI, VI1, VI2 y VI3; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2,



AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y quien resulte responsable, ante la FGR, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención de V, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda; hecho lo cual, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Diseñen e implementen en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas que viven con alguna discapacidad en términos de la legislación nacional y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, NOM-Para Residencias Médicas y la NOM-Prestación de Servicios de Salud dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, Urgencias y Neurocirugía del Hospital General, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR5 y AR6, en caso de encontrarse activos laboralmente. Los cursos deberán ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano, además, deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo cual, se envíen a este Organismo Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Giren sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular



dirigida al personal médico y de enfermería de los servicios de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, Urgencias y Neurocirugía del Hospital General, respectivamente, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

Al secretario de salud federal

PRIMERA. Diseñe e implemente en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación, actualización, observancia y cumplimiento del Protocolo Centinela-HPFBA dirigido al personal médico y de enfermería del servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, en particular a AR1 y AR2; el cual deberá ser efectivo 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 este Organismo Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.



SEGUNDA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida a la persona Titular del Hospital Psiquiátrico, en el que instruya al personal directivo de los diversos servicios que conforman dicho nosocomio, para que las personas usuarias de los servicios de salud sean atendidas por médicos de base, atendiendo lo establecido en el artículo 126 del Reglamento de la LGS; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

168. 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 las conductas irregulares cometidas por las 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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



170. 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 quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

171. 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

CEFM