

RECOMENDACIÓN NO. 125/2023

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 ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, EN EL HOSPITAL REGIONAL “1 DE OCTUBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2023

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable director general:

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/1/2020/2942/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Regional “1 de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 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, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
	Nacional, CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor Hospitalizado	GPC-Delirium
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención	GPC-Hemorragia Tubo Digestivo
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto	GPC-Manejo Úlceras
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto	GPC-Sepsis Grave
Guía de Práctica Clínica. Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención	GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal
Hospital Regional “1 de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la Ciudad de México	HR “1 de Octubre”
Ley General de Salud	LGS
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 las residencias médicas”	NOM-Residencias Médicas

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, "Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica"	NOM-Servicios de Urgencias
Organización Mundial de la Salud	OMS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 11 de febrero de 2020, QVI presentó queja ante esta CNDH en la que manifestó que el 31 de diciembre de 2019, una ambulancia recogió a su ^{parentesco} V (con 78 años al momento de los hechos) en su domicilio, al parecer por una "ruptura de cadera" y la ingresó el 1 de enero de 2020 al servicio de Urgencias del HR "1 de Octubre".

6. Agregó que el 5 de enero de 2020 acudió al referido hospital para ver a V, quien le señaló había sido golpeada ^{narración de hechos}, por lo que QVI solicitó se le practicara una tomografía a efecto de descartar un golpe en la cabeza, pero el médico de turno le indicó que V, desvariaba debido a que tenía una fuerte infección en vías urinarias y riñones; al no levantarse ningún reporte en el HR "1 de Octubre", hasta ese momento no fue posible formular la denuncia penal

correspondiente por falta de elementos.

7. Asimismo, QVI precisó que durante la estancia de V en el HR “1 de Octubre”, recibió una atención inadecuada, indigna e inhumana debido a que no le realizaron los estudios necesarios para determinar sus padecimientos y le “poncharon” las venas de su brazo derecho, además, su mascarilla y sonda se encontraban con residuos de vómito por falta de higiene, por lo que solicitó se investigaran los hechos narrados dado que V falleció el 16 de enero de 2020.

8. Con el propósito de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2020/2942/Q**, se obtuvo copia de su expediente clínico e informes respecto de la atención médica que se le brindó en el HR “1 de Octubre”, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por QVI ante esta CNDH el 11 de febrero de 2020, en el que señaló que fue inadecuada la atención médica que se brindó a V en el HR “1 de Octubre” y solicitó se investigaran los hechos.

10. Acta circunstanciada del 24 de febrero de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con QVI, en la que solicitó investigar la negligente atención médica que recibió V.

11. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05108-4/20 de 14 de diciembre de 2020, al cual el ISSSTE adjuntó copia del expediente clínico de V generado en el HR “1 de Octubre”, del cual destacó lo siguiente:

11.1 Hoja de Urgencias del 31 de diciembre de 2019, en la que se asentó como hora de ingreso de V las 12:29 horas; en la misma se indicó que a las 13:08 horas fue valorada por AR1, médica adscrita a ese servicio, quien reportó a V con antecedentes de hipertensión arterial¹, osteoartritis² y fractura de fémur; precisó los diagnósticos de delirium hiperactivo³, probable infección en vías urinarias, hipertensión arterial sistémica y osteoartritis.

11.2 Hoja de registro clínico de enfermería del 31 de diciembre de 2019, en la que se reportó que a V la llevó familiar y personal paramédico en mal estado general.

11.3 Hoja de indicaciones médicas del 31 de diciembre de 2019 a las 13:20 horas, mediante la cual AR1 solicitó la realización de biometría hemática⁴, química sanguínea⁵, electrolitos séricos⁶, examen general de orina, gasometría arterial⁷ y estudio de gabinete de V.

¹ Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

² Enfermedad que afecta las articulaciones, lo que provoca rigidez y dolor.

³ Estado de agitación que se caracteriza por una actividad psicomotora aumentada; las personas pacientes se muestran inquietos, irritables, preocupados, ansiosos o combativos.

⁴ Examen de laboratorio en el que se analizan las líneas celulares eritroide, leucocitaria y plaquetaria, que orientan a la detección de patologías hematológicas, así como de enfermedades de diferentes órganos y sistemas.

⁵ Serie de pruebas de sangre que analizan diversos elementos en el suero sanguíneo, se utiliza para la detección de enfermedades.

⁶ Sustancias de carga positiva o negativa que se encuentran disueltas en el suero sanguíneo.

⁷ Prueba que mide la cantidad de oxígeno de carbono en la sangre.

11.4 Hoja de resultados de laboratorio del 31 de diciembre de 2019, de las 15:29, practicados a V, de los que destacan la química sanguínea con glucosa⁸ de 134 mg/dL, BUN⁹ de 34.20 mg/dL y urea¹⁰ de 73 mg/dL.

11.5 Hoja de registro clínico de enfermería del 1 de enero de 2020, sin hora, en la que se reportó que V cursó por hipotensión¹¹, le fueron suministrados antihipertensivos, losartan¹² y metoprolol¹³, AR2, enfermera del servicio de Urgencias, señaló que V se encontraba inquieta, quejumbrosa, con edema¹⁴ en miembros inferiores con insuficiencia venosa, alto riesgo de caída, con sujeción gentil¹⁵; asimismo, AR3 y AR4, personal de enfermería del mismo servicio, señalaron que recibieron a V inquieta, desorientada, con sujeción gentil en observación.

11.6 Nota de evolución de las 12:00 horas del 2 de enero de 2020, en la que PSP, médico adscrito al servicio de Urgencias, señaló a V desorientada, con resultados de TAC¹⁶ sin datos de isquemia o hemorragias, presentó vómito en pozos de café¹⁷.

11.7 Nota de Evolución del 3 de enero de 2019, a las 9:00 horas, en la que AR5, médica adscrita al servicio de Urgencias, señaló que a la

⁸ Azúcar en sangre.

⁹ Nitrógeno ureico, cantidad de nitrógeno en la sangre que proviene de un producto de desecho.

¹⁰ Es un producto de desecho que se forma en el hígado cuando las proteínas se metabolizan en sus componentes.

¹¹ Presión arterial baja, lo normal es 120/80 mmHg.

¹² Medicamento que se usa para tratar la presión arterial alta.

¹³ Medicamento se utiliza para tratar la presión arterial alta.

¹⁴ Acumulación de líquidos.

¹⁵ Procedimiento utilizado para inmovilizar a las personas hospitalizadas y de esta manera prevenir caídas y lesiones.

¹⁶ Tomografía axial computada.

¹⁷ Se refiere al vómito de material negro que se sospecha es sangre.

exploración de V se encontró con dolor abdominal, dolor a la palpación media y profunda de marco cólico¹⁸ y puntos ureterales positivos¹⁹, así como edema de miembros inferiores, diagnóstico de delirium mixto²⁰.

11.8 Hoja de registro clínico de enfermería del 3 de enero de 2020, en la que se observó en el rubro de medicamento que se indicó a V el suministro de ceftriaxona (antibiótico) y haloperidol (ansiolítico).

11.9 Hoja de resultados de laboratorio del 3 de enero de 2020, siendo las 03:05 horas, practicados a V, de la cual destacaron las cifras de proteínas 150 mg/dL, urobilinógeno 4 mg/dL, hemoglobina 250 UL, bacterias positivas, leucocitos 10-15 por campo.

11.10 Reporte de control de líquidos de 4 de enero de 2020, en el que se reportó que V presentó tres evacuaciones melénicas²¹.

11.11 Nota de Evolución del 5 de enero de 2020 de las 10:00 horas, en la que AR6, médico adscrito al servicio de Urgencias, señaló que V se encontró con signos vitales de tensión arterial, diagnóstico delirium hiperactivo, infección en vías urinarias e hipertensión arterial sistémica, así como insuficiencia cardiaca NYHA III/AHA C²², extremidades inferiores con edema.

¹⁸ Desde el ciego del recto, el colon forma una serie de curvas que lo integran.

¹⁹ Se ubica en la intersección del borde externo de los músculos rectos anteriores, con la línea biliaca.

²⁰ Alternancia en las características del delirium hipo e hiperactivo.

²¹ Evacuaciones de color negro o como brea, es el pasaje de heces negras usualmente debido a hemorragia gastrointestinal superior, ocasionalmente del intestino delgado o el colon del lado derecho.

²² *New York Heart Association*, en reposo, actividad física menor que la ordinaria, fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

11.12 Reporte de control de líquidos de fecha 5 de enero de 2023, en el que se señaló que V presentó una evacuación melénica.

11.13 Nota de evolución del 8 de enero de 2019 de las 13:00 horas, en la que un médico residente adscrito al servicio de Medicina Interna, al realizar el análisis del caso de V la encontró con múltiples datos para encefalopatía multifactorial²³, principalmente hipernatremia²⁴, elevación de azoados e infección de foco urinario; asentó “sin médico de base”.

11.14 Nota de ingreso al servicio de Medicina Interna del 8 de enero de 2020 de las 18:00 horas, mediante la cual AR7, médico adscrito a ese servicio, reportó a V hemodinámicamente estable, con sospecha de sangrado en tubo digestivo alto y leucocituria²⁵.

11.15 Hojas de resultados de laboratorio del 8 de enero de 2020 de las 3:14 y 15:18 horas, en las que destacaron las cifras de plaquetas de $121 \times 10^3/uL$, urea 218.92 mg/dL, creatinina²⁶ 2.06 mg/dL, leucocitos 16,590 U/L y deshidrogenasa láctica²⁷ 422 U/L.

11.16 Hoja de registro clínico de enfermería del 8 de enero de 2020, en la que se reportó que V presentaba UPP²⁸ en glúteo izquierdo, cadera y omóplato.

²³ Síndrome neuropsiquiátrico originado por la acción de diversos tóxicos sobre el cerebro.

²⁴ Concentración alta de sodio en la sangre.

²⁵ Aumento de 5 o más leucocitos por campo o 10000 por mililitro.

²⁶ Es un producto de desecho generado por los músculos como parte de la actividad diaria, filtrado por los riñones.

²⁷ Enzima que participa en la producción de energía en las células y se encuentran en la sangre y otros tejidos del cuerpo.

²⁸ Úlcera por presión que consiste en una lesión en la piel como consecuencia de la compresión producida por presión.

11.17 Nota de evolución del 9 de enero de 2020 de las 13:20 horas, en la que AR8, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, a la exploración física de V la encontró afebril, aún con tendencia a la somnolencia²⁹, en laboratorios de control se encontró con hipernatremia y elevación de azoados³⁰, realizando ajuste de fluidoterapia y fueron solicitados nuevos controles.

11.18 Hoja de evolución del 9 de enero de 2020 de las 19:15 horas, en la que AR9, médico adscrito al servicio de Nefrología, en la que reportó a V con Sonda Foley³¹ a derivación con orina concentrada rastros de coágulos³², edema de miembros inferiores con diagnóstico de encefalopatía metabólica³³, lesión renal aguda, acidosis metabólica³⁴ con anión GAP³⁵, acidosis respiratoria³⁶, probable neumopatía restrictiva³⁷.

11.19 Nota de seguimiento del 10 de enero de 2020, sin hora, en la que AR10, médico adscrito al servicio de Nefrología, reportó a V con Sonda Foley a derivación con orina concentrada con abundante sedimento de aspecto de necrosis tubular aguda³⁸, en malas condiciones generales, con mal pronóstico con comorbilidades.

²⁹ Tendencia a quedarse dormido.

³⁰ Compuestos nitrogenados no proteicos que se encuentran en bajas concentraciones en suero y en altas concentraciones en orina.

³¹ Sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina.

³² Masa que se forma cuando las plaquetas, proteínas y células de la sangre se pegan entre sí.

³³ Trastornos en los que problemas médicos afectan la función cerebral.

³⁴ Afección en la que se acumula demasiado ácido en el cuerpo.

³⁵ Mide la diferencia entre los electrolitos con carga negativa y positiva en la sangre, si es muy alta, la sangre es más ácida de lo normal.

³⁶ Afección que ocurre cuando sus pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono producido por su cuerpo.

³⁷ Limitación del flujo aéreo porque existen restricciones que impiden que los pulmones se expandan.

³⁸ Trastorno renal que involucra daño a las células de los túbulos de los riñones.

11.20 Notas de evolución del 10 al 15 de enero de 2020, en las que AR11, AR12 y AR13, médicos adscritos al servicio de Medicina Interna, reportaron a V en malas condiciones, con pronóstico alto de mortalidad, sin evidencia de trauma en la cabeza como lo refirió su parentesco por lo cual no se dio inicio a un caso médico-legal.

11.21 Hoja de egreso hospitalario del 16 de enero de 2020, en la que se señaló que V se percibió sin constantes signos vitales, sin actividad eléctrica cardíaca por lo cual se llevaron a cabo dos ciclos de reanimación cardiopulmonar avanzada sin lograr retorno a la circulación espontánea, por lo que se determinó como hora de fallecimiento las parentesco horas por choque séptico, secundario a infección en vías urinarias.

12. Opinión Médica de 29 de mayo de 2023 elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V en el HG “1 de Octubre” del 31 de diciembre de 2019 al 16 de enero de 2020 fue inadecuada y se incumplió con la NOM-Del expediente clínico.

13. Oficio 47197 del 6 de julio de 2023, mediante el cual este Organismo Nacional solicitó al ISSSTE información respecto a la situación laboral de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, además de informar si con motivo de la atención médica que se brindó a V en el HR “1 de Octubre” se inició alguna investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

14. A la fecha de elaboración del presente documento no se tuvo constancia de que se hubiese presentado por QVI o por el propio Instituto alguna denuncia administrativa o penal con motivo de la atención médica proporcionada a V en el HR “1 de Octubre”.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

15. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2020/2942/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico y de enfermería del HR “1 de Octubre”, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

16. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su

más alto nivel,³⁹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a la protección de la salud, definida en el artículo 1 Bis de la LGS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

17. La SCJN ha establecido 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 la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*⁴⁰

18. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

19. 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, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...);” a su vez, el artículo XI, de la Declaración

³⁹ CNDH. Recomendaciones: 1/2023, párr. 34; 158/2022, párr. 31; 156/2022, párr. 22; 92/2022, párr. 18; 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.

⁴⁰ Jurisprudencia administrativa, “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.

Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

20. El párrafo 1º, 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 humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). 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 (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) [OMS] o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*⁴¹

21. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “Caso Vera y otra vs Ecuador”,⁴² consideró que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

⁴¹ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴² Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

22. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico y de enfermería adscrito al HR “1 de Octubre”, derivado de su respectiva calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V requería para integrar un diagnóstico de certeza, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo que vulneró su derecho humano a la protección de la salud, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Antecedentes clínicos de V

23. V, persona del sexo femenino de 78 años al momento de los hechos, contaba con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución; osteoartritis⁴³ de 14 años en tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios; fractura de fémur⁴⁴ izquierdo hace 30 años con tratamiento quirúrgico; incontinencia urinaria⁴⁵ de 3 semanas de evolución; el 31 de diciembre de 2019, un familiar la encontró tirada en el piso de su recámara en el domicilio particular.

❖ Atención médica brindada a V en el servicio de Urgencias del HR “1 de Octubre”

24. El 31 de diciembre de 2019, V ingresó al servicio de Urgencias del HR “1 de Octubre” y de acuerdo con la hoja de registro clínico de enfermería, la llevó un

⁴³ Enfermedad de las articulaciones en la que los tejidos se deterioran.

⁴⁴ Hueso largo de la parte superior de la pierna.

⁴⁵ Insuficiencia del esfínter para contener la orina.

familiar y personal paramédico en mal estado general, con mucosas orales secas, sucia y con mal olor; a las 13:08 horas fue atendida por AR1, médica adscrita a ese servicio, quien asentó como motivo de consulta delirium hiperactivo, a la exploración física la encontró con signos vitales dentro de los parámetros normales⁴⁶, consciente⁴⁷, orientada en persona, con funciones mentales conservadas, nervios craneales sin alteraciones, con deshidratación leve; integró los diagnósticos de delirium hiperactivo, probable infección de vías urinarias, hipertensión arterial sistémica y osteoartritis.

25. En la hoja de indicaciones médicas de las 13:20 horas del 31 de diciembre de 2021, AR1 señaló: dieta para hipertensos (baja en sal); cuidados generales de enfermería; reportar datos de deterioro neurológico; vigilar patrón ventilatorio; manejo farmacológico; solicitó estudios de laboratorio, cuyos resultados⁴⁸ fueron reportados a las 15:29 horas de ese día, también pidió radiografía de tórax.

26. En la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional se señaló que AR1 omitió revisar los resultados de laboratorio que indicaban que V presentaba altas cifras de glucemia⁴⁹ en sangre, así como de urea y nitrógeno ureico⁵⁰, lo que orientaba a un daño renal que podría configurar una insuficiencia renal aguda⁵¹, por lo que debió solicitar la valoración por el especialista en Nefrología o en su defecto por el servicio de Medicina Interna.

⁴⁶ Temperatura 36.5°C; frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto; tensión arterial 120/80 mmHg; frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto y saturación de oxígeno 98%.

⁴⁷ Que percibe el entrono que lo rodea, que reacciona frente a los estímulos.

⁴⁸ Glucosa de 134 mg/dL (normal 74-106 mg/dL); BUN de 34.20 mg/dL (nitrógeno ureico en la sangre normal 9-23 mg/dL); Urea de 73 mg/dL (normal 18-50 mg/dL).

⁴⁹ Glucosa (valor del azúcar en la sangre).

⁵⁰ Sustancias de desecho de las proteínas.

⁵¹ Pérdida súbita de la capacidad de los riñones para eliminar el exceso de líquido y electrolitos, así como el material de desecho de la sangre.

27. De igual forma, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que, si bien AR1 integró el diagnóstico de delirium hiperactivo, no observó lo referido en la GPC-Delirium, en la que se recomienda que para llegar a ese diagnóstico se deben utilizar los instrumentos revisados y aprobados como lo son los criterios DSM IV (clasificación diagnóstica de los trastornos mentales) y el CAM (método para la evaluación de la confusión), así como las que a continuación se precisan:

Para hacer el diagnóstico de delirium se requiere de una herramienta formal como los criterios del CAM o Confusion Assessment Method y/o del DSM V. (...)

El CAM es un instrumento diseñado para detección de delirium por médicos no psiquiatras. (...)

Se recomienda que en las primeras 24 horas de la hospitalización: Valorar a los pacientes con factores de riesgo predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium. (...)

La intervención en delirium debe de incluir la valoración de un equipo interdisciplinario que este entrenado y familiarizado con la presentación de delirium (ej. Especialista en geriatría, si se cuenta con el recurso) para orientar las acciones de acuerdo con las necesidades específicas del paciente. (...)

Mantener un estado de hidratación adecuada: Se recomienda estimular la ingesta de líquidos por vía oral (...).

28. En el expediente no consta nota de evolución médica del 1 de enero de 2020, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará.

29. No obstante, en la Opinión Médica de esta CNDH se precisó que en la “Hoja de Registro Clínico de Enfermería” de esa fecha, se señaló que durante los turnos matutino y vespertino, V cursó con hipotensión marcada por presión arterial que osciló entre 70/50/ mmHg, 74/52 mmHg, 92/56 mmHg y 97/81 mmHg, a pesar de lo cual le fueron administrados antihipertensivos, siendo lo correcto disminuir la dosis o retirarlos; asimismo, en el rubro de observaciones, AR2, enfermera del turno matutino del servicio de Urgencias, asentó “con sujeción gentil” y en el siguiente turno consignó que V se encontraba inquieta, quejumbrosa, con edema⁵² en miembros inferiores, con insuficiencia venosa⁵³ y alto riesgo de caída; en el turno nocturno, AR3 y AR4, personal de enfermería del mismo servicio, indicaron que recibieron a V con sujeción gentil por encontrarse inquieta, por lo que permanecía con los barandales altos en observación.

30. Al respecto, en la opinión elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se señaló que la actuación de AR2, AR3 y AR4 contrastó con las indicaciones médicas de AR1, quien no refirió la “sujeción gentil” para V, por lo que el citado personal de enfermería incumplió con lo recomendado en la GPC-Delirium, que señala lo siguiente:

Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas deben evitarse para el manejo del paciente con delirium hiperactivo porque pueden incrementar el riesgo de lesiones y de agitación.

En lugar de las sujeciones mecánicas y restrictivas, se deben implementar medidas para tranquilizar al paciente de una manera amable y respetuosa.

⁵² Acumulación de líquidos.

⁵³ Funcionamiento inadecuado de las válvulas de las venas ubicadas en las piernas que provoca inflamación y cambios en la piel.

31. El 2 de enero de 2021, a las 12:00 horas, V fue valorada por PSP, médico del servicio de Urgencias, el cual señaló que la encontró desorientada, con vómito en pozos de café y resultado de TAC que la reportó sin datos de isquemia o hemorragias; en la hoja de indicaciones medicas de la misma fecha, PSP solicitó se le realizara biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, calcio, magnesio y examen de orina. En la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, se estableció que el manejo médico de PSP fue adecuado y apegado a la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo.

32. A las 9:00 horas del 3 de enero de 2019, V fue valorada por AR5, médica adscrita al servicio de Urgencias, quien señaló que a la exploración física del área abdominal la encontró con dolor a la palpación media y profunda de marco cólico, puntos ureterales positivos, edema de miembros inferiores y consignó los resultados de laboratorio de la misma fecha; señaló los diagnósticos de delirium mixto, probable infección de vías urinarias, hipertensión arterial sistémica en tratamiento y desequilibrio hidroeléctrico secundario a hipokalemia leve; solicitó examen general de orina en busca de foco infeccioso, radiografía de tórax, biometría hemática, vigilancia para descartar sangrado de tubo digestivo alto al haberse reportado emesis en pozos de café y manejo con inhibidor de bomba de protones, la reportó delicada con pronóstico reservado a evolución y solicitó su ingreso a piso de Medicina Interna.

33. En la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que la atención médica brindada por AR5 fue inadecuada por lo siguiente:

33.1 Solamente solicitó se realizara examen general de orina, pasando

inadvertidos los resultados de un uroanálisis⁵⁴ reportado el mismo 3 de enero de 2020 a las 03:05 horas, cuyas cifras⁵⁵ en conjunto con la sintomatología de puntos ureterales⁵⁶ presentes, urea y nitrógeno ureico altos y pus en la orina, indicaban una afectación glomerular⁵⁷ severa, patología que es considerada una urgencia que ponía en peligro el estado hemodinámico y metabólico de V por alteración en la función renal, que requería valoración inmediata por especialista en Nefrología o en su defecto de Medicina Interna, a fin de integrar un diagnóstico y tratamiento idóneo; por el contrario, sin la valoración del especialista correcto ni solicitar urocultivo⁵⁸, inició en forma empírica tratamiento con antibiótico.

33.2 Respecto a su indicación de “vigilancia para descartar sangrado de tubo digestivo alto”, se observó una conducta expectante ante un estado urgente, ya que a pesar de reportar a V “delicada con pronóstico reservado a evolución”, omitió cumplir con las recomendaciones de la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo, en la que se señala que el protocolo de estudio incluye estudios de laboratorio⁵⁹ que deben solicitarse en forma inmediata al inicio del manejo, los cuales sirven para establecer la gravedad del paciente, así como detectar comorbilidad y una potencial intervención.

⁵⁴ Examen general de orina.

⁵⁵ Proteínas de 150 mg/dL (normal 0); urobilinógeno 4 mg/dL (normal 0); hemoglobina 250 UL (normal 0); abundante sedimento; células epiteliales moderadas; eritrocitos por campo más de 50 (normal 0.2); bacterias positivas; leucocitos 10-15 por campo (normal 0-3).

⁵⁶ Los puntos dolorosos ureterales son el ureteral (conductos que transportan la orina desde los riñones hacia la vejiga) medio y el ureteral inferior rectal en el hombre, vaginal en la mujer.

⁵⁷ Alteración renal causada por daños en los glomérulos (filtros en los riñones) como consecuencia de una hiperactivación del sistema inmunitario, lo que provoca que los glomérulos no puedan hacer en forma debida su función de depurar los desechos y el agua.

⁵⁸ Estudio con el cual se identifica a los microorganismos causantes de la infección y determina el tratamiento más adecuado.

⁵⁹ Biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación y pruebas cruzadas.

33.3 Sin haber realizado una valoración colegiada o multidisciplinaria por especialistas en Geriatría y Medicina Interna, para confirmar el diagnóstico de delirium hiperactivo, AR5 integró el diagnóstico de delirium mixto (alternancia en las características del delirium hipo e hiperactivo) e indicó en forma inadecuada la administración de un ansiolítico denominado Haloperidol.

33.4 También se observó que V tenía tres días hospitalizada en el área de Urgencias (del 31 de diciembre del 2019 al 3 de enero de 2020), siendo que la permanencia en ese servicio no debe exceder de 12 horas, con lo cual se incumplió con el numeral 5.6 de la NOM-Servicios de Urgencias⁶⁰.

34. Con lo anterior, AR5 dejó de observar lo establecido en el artículo 3, fracción LXIV del Reglamento del ISSSTE⁶¹, al no dar atención inmediata a una urgencia y su manejo médicos no se apejó a los lineamientos de la GPC-Delirium, cuyas recomendaciones fueron señaladas en párrafos anteriores.

35. En el expediente no obra nota de evolución médica del 4 de enero de 2020, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como se desarrollará en el apartado correspondiente.

⁶⁰ 5.6 Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.

⁶¹ LXIV. Urgencia. El problema médico o médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función del Paciente y que requiere atención inmediata.

36. El 5 de enero de 2020, a las 10:00 horas, V fue valorada por AR6, médico adscrito al servicio de Urgencias, quien la reportó con tensión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura, 37°C; extremidades inferiores con edema; señaló los diagnósticos de delirium hiperactivo, infección de vías urinarias, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia cardiaca NYHA III/AHA C; ajustó soluciones cristaloides e inició furosemide, agregó otro antibiótico denominado levofloxacino; solicitó laboratorios de control y refirió que se estaba en espera del ingreso de V a piso de Medicina Interna; le explicó a familiar que se encontraba “muy delicada”.

37. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que la atención médica que AR6 le brindó a V fue inadecuada por lo siguiente:

37.1 Por lo que hace al diagnóstico de insuficiencia cardiaca NYHA III/AHA C, se precisó que la escala NYHA, es un sistema solo por aproximación, debido a que se deriva en gran parte de la inferencia de la historia clínica, la observación del paciente en determinadas formas de actividad física y ocasionalmente de medidas directas o indirectas de la función cardíaca en respuesta a ejercicios estandarizados, en ese sentido, representa una expresión de la opinión del médico tratante y constituye una escala a priori, de tal manera que, en el presente caso, AR6 consideró la Clase III por la limitación de la actividad física⁶² de V y Clase C por evidencia objetiva de enfermedad cardiovascular de moderada a severa.

⁶² En reposo, actividad física menor que la ordinaria, fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

37.2 No obstante, AR6 no contó con valoración por especialista en Cardiología para sustentar tal diagnóstico, lo que corrobora el mal manejo médico de V, quien después de cinco días de hospitalización y permanencia de manera inadecuada en el servicio de Urgencias, continuaba sin tener un diagnóstico certero y por ende un tratamiento dirigido, propiciando que las enfermedades con las cuales ingresó no fueran detectadas ni tratadas de forma adecuada, con evolución al deterioro general y ensombreciendo su pronóstico de vida.

37.3 Ajustó soluciones cristaloides e inició tratamiento con diurético sin investigar la causa del edema de las extremidades inferiores de V.

37.4 Solicitó la práctica de estudios de laboratorio sin consultar el expediente clínico y verificar el resultado de los que ya se tenía, como el examen general de orina, con el que se podía establecer la presencia de una enfermedad nefrítica (daño glomerular), la cual era una urgencia y pasó desapercibida para AR6 y los médicos tratantes desde el día 3 de enero de 2020.

37.5 Reportó a V “muy delicada” y no realizó ninguna acción clínica para mejorar las condiciones de gravedad, como solicitar su traslado a un hospital de tercer nivel de atención.

37.6 No fue minucioso en la revisión del expediente clínico de V, en virtud de que le pasaron inadvertidos los reportes de control de líquidos de 4 y 5 de enero de 2020, en los que se registró que V presentó cuatro evacuaciones melénicas, sin atender la etiología de este sangrado de tubo digestivo alto que ameritaba la realización de un estudio endoscópico

urgente, debido a que este cuadro estaba presente desde el 3 de enero de 2020, además del síndrome nefrítico, diagnósticos que ameritaban atención de urgencia.

38. Por lo anterior, con su actuación AR6 contravino lo establecido en el artículo 3, fracción LXIV del Reglamento del ISSSTE; el numeral 5.6 de la NOM-Servicios de Urgencias; y lo recomendado en la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo ya citados.

39. En el expediente tampoco constan notas de evolución médica del 6 y 7 de enero de 2020, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará.

❖ Atención médica brindada a V en el servicio de Medicina Interna del HR “1 de Octubre”

40. Después de ocho días de permanencia en el servicio de Urgencias, el 8 de enero de 2020, sin contar con fecha de ingreso, V ya se encontraba internada en el servicio de Medicina Interna, en donde ese día a las 13:00 horas, fue valorada por un médico residente de tercer año de esa especialidad, quien asentó “sin médico de base” y señaló que V contaba con “múltiples datos para encefalopatía multifactorial, principalmente hipernatremia, elevación de azoados e infección de foco urinario”.

41. En la Opinión Médica de esta CNDH se precisó que, si bien el médico residente realizó un análisis correcto del caso, se incumplió con la NOM-Residencias Médicas, en cuyos numerales 10.5 y 11.4 se establece que éstos

deben contar “permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias” y “en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos (...)”.

42. Posteriormente, a las 18:00 horas del mismo día, V fue valorada por AR7, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien la reportó hemodinámicamente estable, con sospecha de sangrado de tubo digestivo alto y señaló resultado de examen general de orina con leucocituria; se propuso endoscopia alta; pronóstico reservado a evolución, lo que se informó a familiar, no exenta de complicaciones de patología base o comorbilidades.

43. En la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional se estableció que fue inadecuada la atención médica brindada por AR7 por lo siguiente:

43.1 Ante la sospecha de sangrado del tubo digestivo alto, AR7 debió solicitar de manera urgente la valoración por especialista en Gastroenterología, así como indicar la práctica de una endoscopia en ese hospital o subrogar el estudio, a efecto de que por medio de esa técnica diagnóstica, se pudiera visualizar el sitio exacto del sangrado y con ello otorgar un tratamiento adecuado a V; aunado a ello, los resultados de laboratorio de las 15:18 horas del mismo 8 de enero de 2020, reportaron cifras de plaquetas de 121 mil en comparación con las 277 mil que tenía a su ingreso el 31 de diciembre de 2019, por lo que AR7 debió investigar la pérdida de estas células plaquetarias, con lo cual dejó de aplicar los lineamientos de la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo citados con

anterioridad.

43.2 En cuanto a la función renal, AR7 sólo reportó la presencia leucocitoria, siendo que V presentaba pus en la orina y síndrome nefrítico por pérdida de proteínas y sangre, además, no se dio seguimiento a esta patología grave, toda vez que no se volvió a tener un resultado de examen general de orina ni V fue valorada por el servicio de Nefrología, a pesar de lo cual se inició manejo médico empírico con ceftriaxona y sin cumplir con el esquema completo éste fue cambiado a levofloxacino.

43.3 AR7 fue omiso al no considerar los resultados de laboratorio de las 03:14 y 15:18 horas de 8 de enero de 2020, en los que se observó que V había evolucionado al deterioro de la función renal, en virtud de que se incrementaron las cifras de la urea⁶³ y creatinina⁶⁴, a pesar de lo cual no realizó cuantificación de filtración glomerular⁶⁵, lo cual era indispensable para clasificar el grado de insuficiencia renal y protocolizar su manejo, así como determinar si requería o no de tratamiento sustitutivo de la función renal⁶⁶, por lo que incumplió con la aplicación de la GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal⁶⁷.

43.4 Asimismo, por no considerar los resultados de los estudios de laboratorio citados, AR7 pasó inadvertido el proceso infeccioso severo de

⁶³ 218.92 mg/dl (normal 18-50 mg/dL).

⁶⁴ 2.06 mg/dL (normal 0.60-120mm/dL).

⁶⁵ Cantidad de orina excretada por minuto.

⁶⁶ Diálisis o hemodiálisis en agudo.

⁶⁷ La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.

V, ya que los leucocitos⁶⁸ (glóbulos blancos que aumentan en procesos infecciosos), se encontraban muy altos, así como la deshidrogenasa láctica⁶⁹, la cual se incrementa cuando en el organismo existe una lesión o daño significativo en algún órgano o tejido.

43.5 En el caso en particular, el proceso séptico estuvo condicionado por la infección renal y otro foco séptico que también fue minimizado durante la exploración física realizada por AR7, pero que quedó asentado en la “Hoja de Registros Clínico de Enfermería” de 8 de enero de 2020, en la que se señaló la presencia de una úlcera por presión en “*glúteo izquierdo cadera y omoplato*” y si bien no se indicó el tamaño de la úlcera por posición, por el solo hecho de estar presente en una paciente adulta mayor con complicaciones severas, se debió considerar la existencia de un proceso séptico grave y por lo tanto, V debió ser valorada por especialistas en Geriátrica, Infectología y/o Cuidados Intensivos, lo que no sucedió, por lo que se omitió la aplicación de la GPC-Manejo Úlceras⁷⁰ y GPC-Sepsis Grave⁷¹.

44. Tales omisiones en el diagnóstico de la patología renal y de los procesos sépticos, condicionaron la evolución de V a complicaciones pulmonares y

⁶⁸ 16,590 U/L (normal 5 mil a 10 mil U/L).

⁶⁹ 422 U/L (normal 140-271 U/L).

⁷⁰ En la actualidad, el hecho de que un paciente padezca úlceras por presión es considerado un evento adverso y con frecuencia evidencia la omisión de intervenciones por parte del equipo de salud. Lo anterior obliga al personal de salud a realizar una evaluación del riesgo, actuar oportunamente y aplicar las medidas preventivas necesarias para evitar su aparición (Lyder CH, 2012). Esta complicación se considera un indicador de calidad en las instituciones de salud, y traduce a la vez, el uso adecuado y eficiente de los recursos económicos y asistenciales.

⁷¹ Pruebas Diagnósticas. Para confirmar el diagnóstico de SRIS, y los procesos sépticos, además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de: leucocitosis >12,000, o leucopenia <4000, o bandemia >10% (...).

cardiacas irreversibles, por lo que AR7, como médico tratante responsable de sus diagnósticos y tratamientos, no se apegó a lo establecido en los artículos 3, fracciones III, XXVIII, XLIII y LXIV, así como 22 del Reglamento del ISSSTE, en los que se establece que los servicios médicos se proporcionan al paciente para proteger, promover y restaurar su salud, lo que incluye procedimientos como la interconsulta y la referencia-contrarreferencia, a efecto de brindar una atención oportuna, integral y de calidad, así como inmediata cuando se trata de una urgencia.

45. A las 13:20 horas del 9 de enero de 2020, V fue valorada por AR8, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien reportó a V afebril, con tendencia a la somnolencia; laboratorios de control con hipernatremia y elevación de azoados; realizó nuevo ajuste de fluidoterapia y solicitó nuevos controles; con disminución de volúmenes urinarios; muy grave, pronóstico reservado.

46. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se señaló que AR8, a pesar de que V se encontraba en estado de gravedad, realizó una nota escueta, sin hacer una exploración física completa y pasó por alto la presencia de la escara por posición en "*glúteo izquierdo cadera y omoplato*", por lo que incurrió en las mismas omisiones que AR7, con lo que dejó de observar los lineamientos de la GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal y de la GPC-Sepsis Grave, así como lo establecido en los artículos 3, fracciones III, XXVIII, XLIII y LXIV, y 22 del Reglamento del ISSSTE citados en párrafos anteriores.

47. El 9 de enero de 2020, a las 19:15 horas, V fue valorada por AR9, médico

adscrito al servicio de Nefrología⁷², quien la describió con Sonda Foley a derivación con orina concentrada rastros de coágulos, extremidades con edema duro; laboratorios de esa misma fecha⁷³; impresión diagnóstica: encefalopatía metabólica, acidosis metabólica con anión Gap elevada, acidosis respiratoria, probable neumopatía restrictiva, sepsis urinario hipernatremia; con factores de riesgo para lesión renal aguda; con elevación de azoados con pérdida de la relación urea/creatinina por la sepsis y el evento hemorrágico; uresis limítrofe 0.4ml kg/h, pero con el mal aporte de líquidos cursa hipernatremia severa asociada a la depleción de volumen y el uso de diurético; “Por el momento no requiere de terapia de reemplazo renal”; indicó optimizar manejo con líquidos para hipernatremia.

48. Al respecto, en la Opinión Médica se señaló que, a pesar de que AR9 observó que la orina de V se encontraba con coágulos (sangre), con acumulación de líquidos de miembros inferiores por la misma insuficiencia del riñón para movilizar el líquido que entra al organismo, con cifras altas de urea, creatinina, sodio y potasio, así como con anión GAP elevado, lo que clínicamente se evidenció en problemas pulmonares y cardiacos por sobrecarga hídrica, asentó que V no requería de terapia de reemplazo renal, determinación sin fundamento clínico, en virtud de que la literatura médica y la GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal, establecen que el dato toral que determina la realización o no de diálisis o hemodiálisis es la “cuantificación de la filtración glomerular”, la que hasta ese momento no había sido realizada, por lo que con su omisión dejó de observar las recomendaciones contenidas en la guía de práctica clínica mencionada.

⁷² La nota de interconsulta de esta fecha se encontraba manuscrita y con letra ilegible, por lo que se solicitó al ISSSTE su transcripción, situación que se desarrollará en el apartado correspondiente.

⁷³ Urea 224 mg/dL (normal 18-50mg/dL), creatinina 2.29 mg/dL (0.6-1.20mg/dL), sodio 162 mEq/L (normal 136-145 mEq/L), potasio 3.7 mEq/L (normal 3.50-5.10 mEq/L).

49. El 10 de enero de 2020, V fue valorada por AR10, médica adscrita al servicio de Nefrología, quien en su nota de seguimiento⁷⁴ la reportó con Sonda Foley a derivación con orina concentrada con abundante sedimento de aspecto de necrosis tubular aguda, extremidades íntegras, edema positivo, en región anterior de miembro pélvico izquierdo con dolor calor y rubor, llenado capilar retardado; en malas condiciones generales y úlcera sacra por poca movilidad.

50. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que AR10 no realizó la cuantificación de filtración glomerular ni clasificó el estadio de ésta, por lo que al igual que AR9, omitió cumplir con los lineamientos y recomendaciones establecidas en la GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal.

51. Los días 10, 11, 12, 13, 14 y 15 de enero de 2020, V continuó internada en el servicio de Medicina Interna, en donde fue atendida por AR11, AR12 y AR13, quienes, de acuerdo con la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, valoraron a V de manera superficial, ya que si bien los especialistas en Nefrología no consideraron la realización de diálisis peritoneal, V contaba con diagnóstico de sepsis que en un principio fue a nivel renal y posteriormente, se agregó el foco infeccioso en tejidos blandos de espalda y región glútea (úlceras por posición), afectación que también fue desestimada por AR11, AR12 y AR13, ya que la úlcera nunca fue medida en su extensión ni profundidad, tampoco se indicaron las características particulares de ésta (piel, grasa subcutánea, músculo), ni se señaló si el proceso infeccioso era leve, moderado o severo, a efecto de categorizar su tratamiento idóneo, con lo cual

⁷⁴ La nota de interconsulta de esta fecha se encontraba manuscrita y con letra ilegible, por lo que se solicitó al ISSSTE su transcripción, situación que se desarrollará en el apartado correspondiente.

dejaron de observar las recomendaciones de la GPC-Manejo Úlceras.

52. De igual forma, en la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que la gravedad del proceso séptico que presentaba V pasó inadvertido por AR11, AR12 y AR13, quienes omitieron brindar un manejo correcto al no solicitar interconsulta al servicio de Infectología y/o la Unidad de Cuidados Intensivos, puesto que el mismo no iba a mejorar sólo con la administración de antibióticos, sino que también requería curaciones diarias de las escaras y cuidados generales, estar en terapia intensiva o en su defecto en área aislada, por lo que no se atendieron las recomendaciones establecidas en la GPC-Sepsis Grave⁷⁵.

53. Además, en la opinión citada se precisó que AR11, AR12 y AR13 olvidaron completamente del motivo de ingreso de V a ese hospital, que fue por un probable diagnóstico de delirium hiperactivo, que hasta esa fecha no se comprobó o descartó, así como tampoco solicitaron la valoración por especialista en Geriátrica para establecer un diagnóstico y tratamiento certero dadas las condiciones de persona adulta mayor de V, con lo que dejaron de observar los lineamientos contenidos en la GPC-Delirium ya referidos.

54. Por otro lado, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional también se observó que AR11, AR12 y AR13 continuaron dejando asentado en las notas de evolución el diagnóstico de “probable sangrado de tubo digestivo alto”, entidad que nunca fue confirmada, debido a que no se solicitó la práctica de una endoscopia, con lo que se incumplió con lo señalado en la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo.

⁷⁵ Se debe realizar toma de hemocultivos en forma obligada previo al inicio de la terapia antimicrobiana (...) Referencia a la unidad de cuidados Intensivos. Pacientes con diagnóstico de: Sepsis grave con lactato >4 mmol/L; Sepsis grave de alto riesgo; Choque séptico (...)

55. En ese sentido, se consideró que las referidas omisiones condicionaron la evolución de las enfermedades de V a un estado de choque séptico, que no fue atendido a pesar de habersele reportado como paciente grave y que de forma directa causaron su fallecimiento el 16 de enero de 2020 a las [redacted] horas, asentándose en el certificado de defunción como causas de su deceso: choque séptico secundario a infección de vías urinarias, patología que como ya se mencionó no fue atendida en tiempo y forma evolucionando a choque séptico, complicación que era previsible y no se previó, por lo que se incumplió con lo establecido en los artículos 3, fracciones III, XXVIII, XLIII y LXIV, y 22 del Reglamento del ISSSTE.

56. En ese sentido, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, así como 9 y 26 del Reglamento de la LGS, en concordancia con el artículo 22 del Reglamento del ISSSTE, disposiciones en las que se señala la importancia de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, haciendo uso de los recursos físicos, tecnológicos y humanos con los que se cuenta, en atención a que los médicos tratantes son responsables de sus diagnósticos y tratamientos, así como de proteger, promover y restaurar la salud de quienes acuden ante ellos para recibir atención, bajo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

57. Cabe señalar que por lo que hace a la manifestación de QVI, en el sentido de que V refirió que había sido golpeada por un familiar, por lo que solicitó se le

realizara una tomografía, en la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que sí se efectuó el estudio sin evidenciar traumatismo, razón por la cual el personal del hospital dejó asentado que “No se realizó caso médico legal”.

B. DERECHO A LA VIDA

58. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

59. Al respecto la CrIDH ha establecido que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, 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 que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el

*deber de impedir que sus agentes atenten contra él*⁷⁶.

60. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁷⁷, señaló que:

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

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

62. La SCJN ha determinado que:

(...) el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas

⁷⁶ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

⁷⁷ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”⁷⁸.

63. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico y de enfermería del HR “1 de Octubre”, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

64. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que se advirtieron irregularidades en el diagnóstico y manejo de las patologías que presentó V, como lo fueron el delirium hiperactivo, proceso infeccioso urinario, sangrado de tubo digestivo alto, infección renal y úlcera por posición, las cuales condicionaron la evolución de los padecimientos a un estado de choque séptico que tampoco fue atendido y que de forma directa causaron el fallecimiento de V.

65. Por lo anterior, a las parentesco horas del 6 de enero de 2020, se determinó la muerte de V, señalando en el certificado de defunción como causas de ésta: choque séptico secundario a infección de vías urinarias.

66. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de

⁷⁸ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

67. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona de 78 años al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del HR “1 de Octubre”.

68. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 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.

69. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer:

(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.

70. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁷⁹ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

71. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁸⁰, explica con claridad que:

⁷⁹ Ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador.

⁸⁰ Publicado el 19 de febrero de 2019.

(...) para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.⁸¹

72. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁸², en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

73. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

⁸¹ Párrafo 418.

⁸² Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

74. Además, en el artículo 18 del citado ordenamiento normativo indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

75. Por otra parte, es importante señalar que en la Recomendación 8/2020, se destacó:

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atender contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.⁸³

76. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos⁸⁴; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

77. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres,

⁸³ Párrafo 93.

⁸⁴ CNDH. Recomendación 260/2022, párrafo 86.

combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”⁸⁵. 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.

78. 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”⁸⁶.

79. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible⁸⁷.

80. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son

⁸⁵ 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, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

⁸⁶ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁸⁷ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...).”⁸⁸, coincidiendo la Organización Mundial de la Salud al precisar que son de “(...) larga duración (...)”⁸⁹.

81. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que cuando una persona presenta hipertensión significa que su tensión arterial es demasiado elevada. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular. También puede causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular⁹⁰.

82. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica establece que dicho padecimiento multifactorial es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes mayor que 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes mayor que 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal mayor que 125/75 mmHg, además de que entre 1.5 a 5% de todas las personas hipertensas mueren

⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

⁸⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁹⁰ OMS. “Hipertensión”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada>.

cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica⁹¹.

83. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, debió haber recibido atención especializada y oportuna en el HR “1 de Octubre, a fin de evitar que el inadecuada manejo a las patologías que presentó, como lo fueron el delirium hiperactivo, proceso infeccioso urinario, sangrado de tubo digestivo alto, infección renal y úlcera por posición, evolucionaran a un estado de choque séptico que provocó su fallecimiento.

84. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona⁹² y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país⁹³.

⁹¹ CNDH. Recomendación 255/2022, párrafo 28.

⁹² El principio pro persona se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona> consultado el 24 de noviembre de 2021.

⁹³ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

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

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

86. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁹⁴, 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 clínico⁹⁵.

87. Resulta aplicable la sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “[...] la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben

⁹⁴ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁹⁵ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.⁹⁶

88. La NOM-Del expediente clínico establece:

[...] 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, magneto-ópticos [...], 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 [...].

89. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.⁹⁷

90. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la

⁹⁶ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

⁹⁷ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017.

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.⁹⁸

91. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

92. No obstante las Recomendaciones, el personal médico y de enfermería, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

⁹⁸ CNDH, *Ídem*, párrafo 34.

93. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

94. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

95. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió en la Opinión Médica las siguientes irregularidades:

95.1 AR2, AR7, AR8, AR12 y AR13 en la hoja de registro de enfermería de 1 de enero, así como en las notas médicas del 8, 9, 12 y 13 de ese mes y año, respectivamente, no señalaron sus nombres completos.

95.2 Faltan en el expediente notas de evolución médica relacionadas con la atención brindada a V los días 1, 4, 6 y 7 de enero de 2020, lo que no permitió establecer de manera fehaciente el tratamiento completo que se le otorgó.

95.3 Las notas médicas de 9 y 10 de enero de 2020 elaboradas por AR9 y AR10, se hicieron en forma manuscrita con letra ilegible, por lo que se tuvo que solicitar al ISSSTE su transcripción.

96. Con lo anterior, se incumplió con los numerales 5.1, 5.4, 5.10 y 5.11 de la NOM-Del expediente clínico⁹⁹.

97. Es así, que resulta relevante la observancia obligatoria de la Norma-Del expediente clínico por parte del personal médico y de enfermería, a efecto de brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual no sólo se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud sino también al derecho que tienen los familiares de los pacientes a conocer la verdad.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

98. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, persona adulta mayor, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI,

⁹⁹ 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. (...) 5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. (...) Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. (...) 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. (...) 5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

98.1 AR1 integró el diagnóstico de delirium hiperactivo, pero omitió la aplicación de la GPC-Delirium y tampoco revisó los resultados de laboratorio que claramente indicaban alteraciones en la función renal, por lo que debió solicitar la valoración por especialista en Nefrología o en su defecto interconsulta por el servicio de Medicina Interna.

98.2 AR2, AR3 y AR4, personal de enfermería, de manera incorrecta y sin contar con indicación médica sujetaron a la cama a V, con lo que dejaron de observar los lineamientos de de la GPC-Delirium.

98.3 AR5 y AR6 omitieron investigar la etiología del vómito en pozos de café con la que cursó V y no realizaron un diagnóstico certero del delirium, por lo que apagaron su atención a lo establecido en la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo y en la GPC-Delirium; asimismo, al atender el 3 y 5 de enero de 2020 a V, su permanencia en el servicio de Urgencias excedía las 12 horas, con lo cual se incumplió con el numeral 5.6 de la NOM-Servicios de Urgencias.

98.4 AR7, AR8, AR11, AR12 y AR13, desestimaron el proceso infeccioso urinario con el cual ingresó V, así como la presencia de la úlcera por posición, patologías que se consideran procesos sépticos graves, no dieron seguimiento al sangrado de tubo digestivo alto ni corroboraron o descartaron el diagnóstico de delirium hiperactivo, por lo que el manejo médico no se apegó a los lineamientos de la GPC-Hemorragia Tubo Digestivo, GPC-Manejo Úlceras, GPC-Sepsis Grave y GPC-Delirium.

98.5 AR9 y AR10 omitieron realizar la cuantificación de la filtración glomerular y así protocolizar el manejo clínico de la insuficiencia renal, con lo que dejaron de observar la GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal.

99. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR2, AR7, AR8, AR9, AR10, AR12 y AR13, así como para el personal médico de quienes no constan en el expediente las notas médicas de los días 1, 4, 6 y 7 de enero de 2020, los cuales, como ya se precisó, infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del expediente clínico.

100. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que:

Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...

Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en

la Constitución (...).

101. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

102. Por otro lado, si bien es cierto, el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió por tratarse de hechos sucedidos a finales de 2019 y en el 2020, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V, se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

103. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1o., párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará denuncia ante la Fiscalía General de la República, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación; así como por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V.

E.2. Responsabilidad Institucional del HR “1 de Octubre”

104. Conforme al párrafo tercero del artículo 1o. 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.”

105. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

106. 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.

107. En el presente pronunciamiento han quedado expuestas las inconsistencias en la hoja de registro de enfermería y las notas médicas suscritas por AR2, AR7, AR8, AR12 y AR13, por omitir señalar sus nombres completos; la falta de notas de evolución médica de los días 1, 4, 6 y 7 de enero de 2020; así como las notas ilegibles elaboradas por AR9 y AR10, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal médico y de enfermería cumpla con el marco normativo de integración al expediente clínico, conforme a lo establecido en el numeral 5.1 de la NOM-Del expediente clínico ya señalado.

108. De igual forma, en el caso de los médicos residentes se debe vigilar que cuenten “permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias” y “en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos (...)”, de acuerdo con lo establecido en los numerales 10.5 y 11.4 de la NOM-Residencias Médicas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

109. 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 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley

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

110. 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), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, por lo que se deberá inscribir a V y QVI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

111. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al

considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

112. En el *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”¹⁰⁰.

113. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que:

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

¹⁰⁰ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

[...] ¹⁰¹.

114. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

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

116. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso a QVI, la atención psicológica y tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género, ello con motivo del fallecimiento de V.

¹⁰¹ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

117. Esta atención psicológica y tanatológica deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciendo información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

118. 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 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"¹⁰².

119. Por lo que, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, con la finalidad de que V, así como QVI, sean inscritas en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos de 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 de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño

¹⁰² "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

120. 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, fracciones I y V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos; así como la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

121. En ese sentido, 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.

122. Además, el ISSSTE deberá colaborar ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y, quien resulte responsable, por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V, dando cabal

cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

iv. Medidas de no repetición

123. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

124. Las autoridades del ISSSTE, deberán implementar 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 de la salud, así como la debida observancia de la GPC-Delirium, GPC-Hemorragia Tubo Digestivo, GPC-Manejo Úlceras, GPC-Sepsis Grave y GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal, así como de la NOM-Servicios de Urgencias y la NOM-De Residencias Médicas, dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HR “1 de Octubre”, al que asistan en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de seguir activos en dicho nosocomio, además de la especial observancia de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico y de enfermería de los citados servicios, 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. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

125. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico del servicio de Urgencias del HR “1 de Octubre”, en la que se haga hincapié en la importancia de observar lo establecido en la NOM-Servicios de Urgencias y la NOM-De Residencias Médicas, a efecto de que la permanencia de los pacientes en ese servicio no exceda de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica, así como verificar que la actuación de los médicos residentes cuente con la asesoría y supervisión de los médicos adscritos a ese servicio; además de describir las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, a fin de que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

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

127. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore 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, 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 de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI, la atención psicológica y tanatológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total

recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado; debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y, quien resulte responsable, por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V, además, autoridades del ISSSTE deberán dar cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud, así como la debida observancia de la GPC-Delirium, GPC-Hemorragia Tubo Digestivo, GPC-Manejo Úlceras, GPC-Sepsis Grave y GPC-Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal, así como de la NOM-Servicios

de Urgencias y la NOM-De Residencias Médicas, dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HR “1 de Octubre”, al que asistan en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de seguir activos en dicho nosocomio, además de la especial observancia de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico y de enfermería de los citados servicios, 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 esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico del servicio de Urgencias del HR “1 de Octubre”, en la que se haga hincapié en la importancia de observar lo establecido en la NOM-Servicios de Urgencias y la NOM-De Residencias Médicas, a efecto de que la permanencia de los pacientes en ese servicio no exceda de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica, así como verificar que la actuación de los médicos residentes cuente con la asesoría y supervisión de los médicos adscritos a ese servicio; además de describir las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, a fin de que 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 acredite su cumplimiento.

SEXTA. 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.

128. 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.

129. 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.

130. 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.

131. 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