

RECOMENDACIÓN NO. 154/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3 ATRIBUIBLES AL PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES.

Ciudad de México, a 31 de agosto 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 1º, 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/1/2022/4032/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Aguascalientes, Aguascalientes.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Residente	PMR

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 Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
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 General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Aguascalientes, Aguascalientes	HG
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
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 residencias médicas	NOM-De residencias médicas
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología	NOM-Para la práctica de la anestesiología
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y	OIC-ISSSTE

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
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 24 de abril de 2022, QVI presentó queja ante esta CNDH por la atención brindada a V, persona adulta mayor, en la que señaló que el día 22 de ese mes y año, V ingresó al área de Urgencias del HG al presentar anuria (falta de orina), debilidad en las extremidades y dolor en articulaciones, por lo que fue valorado por personal médico, quien determinó como diagnósticos clínicos retención aguda de orina a descartar evento vascular cerebral isquémico transitorio¹ e indicó como manejo colocación de sonda para drenaje urinario y solicitó tomografía² de cráneo; con los resultados de la tomografía se descartó el evento vascular cerebral y se determinó el egreso de V.

6. Al no presentar mejoría V acudió el 23 de abril de 2022 al servicio de Urgencias del HG, donde se le realizó una exploración física y se ordenó estudios

¹ Los eventos isquémicos transitorios se producen cuando la sangre no llega al cerebro por unos instantes. Tener un ataque isquémico transitorio puede significar que usted está en riesgo de sufrir un derrame cerebral más grave.

² Es un método de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del cuerpo.

de laboratorio complementarios, con los que se determinó el diagnóstico de insuficiencia renal aguda, la cual no fue manejada adecuadamente, presentando V paro cardiorrespiratorio irreversible el 26 de ese mes y año, determinándose en el certificado de defunción como causas del fallecimiento insuficiencia renal aguda, enfermedad renal³ crónica agudizada, cardiopatía isquémica crónica⁴ e hipertensión arterial sistémica⁵.

7. El 27 de abril de 2022, personal de este Organismo Nacional se comunicó con QVI quien corroboró el fallecimiento de V, y manifestó su voluntad de continuar con el trámite de su queja por la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V.

8. Al respecto, QVI refirió que V no recibió atención médica oportuna porque no se le realizaron los estudios de laboratorio que requería para detectar la falla renal aguda que presentaba y se le brindara el tratamiento que requería, por lo que consideró que la atención que recibió fue inadecuada. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2022/4032/Q**, y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el HG, cuya valoración lógica-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de

³ La insuficiencia renal aguda ocurre cuando los riñones pierden de repente la capacidad de filtrar los desechos de la sangre. Cuando los riñones pierden la capacidad de filtración, pueden acumularse niveles nocivos de desechos, y puede desequilibrarse la composición química de la sangre. La insuficiencia renal aguda, también llamada lesión renal aguda, se desarrolla rápidamente, por lo general en menos de unos días. La insuficiencia renal aguda es más común en personas que ya están hospitalizadas, sobre todo, en aquellas personas con enfermedades críticas que necesitan de cuidados intensivos. La insuficiencia renal aguda puede ser fatal y requiere de tratamiento intensivo. Sin embargo, la insuficiencia renal aguda puede ser reversible.

⁴ La cardiopatía isquémica crónica constituye la forma de presentación más frecuente de la enfermedad arterial coronaria, es causa de un elevado número de muertes y discapacidad parcial y permanente de aquellos quienes la padecen.

⁵ La Hipertensión Arterial Sistémica es un Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial.

la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por QVI ante esta CNDH, el 24 de abril de 2022, en el que señaló su inconformidad por la atención médica que se le estaba brindando a V en el HG.

10. Acta circunstanciada del 27 de abril de 2022, personal de este Organismo Nacional se comunicó con QVI quien corroboró el fallecimiento de V, y manifestó su voluntad de continuar con el trámite de su queja por la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V.

11. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3775-1/22 del 20 de junio de 2022, a través del cual el ISSSTE adjuntó informes sobre la atención brindada a V en el HG, así como copia del expediente clínico correspondiente, del cual se destaca lo siguiente:

11.1 Nota de admisión del 22 de abril de 2022, elaborada por AR1, médica adscrita al servicio de Urgencias del HG, en la que estableció como diagnóstico de V retención aguda de orina y descartar evento vascular cerebro isquémico transitorio.

11.2 Resumen de evolución y tratamiento del 22 de abril de 2022, elaborada por AR2, médica adscrita al servicio de Urgencias del HG, en el que señaló que se recabó el resultado de la tomografía sin evidencia de lesión, y se decide el alta de V.

11.3 Hoja de Urgencias del 23 de abril de 2022, en la que se indicó que V se presentó en el HG a las 16:24 horas.

11.4 Nota de admisión de las 17:45 horas del 23 de abril de 2022, en la que AR3, médico adscrito al servicio de Urgencias del HG, señaló que V fue enviado por un medio externo con estudios de laboratorio que reportaban 6.4 mg/dL de creatinina⁶ (alta), y determinó como diagnóstico probable enfermedad renal aguda.

11.5 Nota de ingreso turno nocturno de 23 de abril de 2023, elaborada por AR4, médico adscrito al HG, del cual no se estableció su especialidad ni adscripción, en la que refirió que un familiar de V reportó que la semana anterior había presentado infección de vías urinarias, y estableció como diagnóstico síndrome hepatorenal⁷, lesión renal aguda AKI II⁸, desequilibrio hidroelectrolítico⁹, hiperkalemia¹⁰ moderada e hiponatremia¹¹.

11.6 Nota de evolución del servicio de Medicina Interna del 24 de abril de 2022, suscrita por AR5, médico adscrito al mencionado servicio del HG, en la que señaló los resultados de laboratorio practicados a V en esa fecha, y determinó los diagnósticos de infección del trato urinario (urosepsis), lesión

⁶ La creatinina es una sustancia producida por los músculos que ayuda a evaluar el funcionamiento de los riñones, permitiendo identificar si existe una lesión o una infección renal.

⁷ Es una afección en la cual hay insuficiencia renal progresiva que ocurre en una persona con cirrosis hepática. Es una complicación seria que puede llevar a la muerte.

⁸ La insuficiencia renal aguda se ha tratado de efectuar con las clasificaciones de RIFLE, AKIN y la cinética, las cuales se basan en la retención azoada y en los volúmenes urinarios; esto por la baja de la volemia o del gasto cardíaco que produce la injuria, las cuales son las dos anteriores o las directamente relacionadas con la redistribución del flujo intrarrenal. El nivel III indica probable insuficiencia.

⁹ Desordenen de minerales en el cuerpo.

¹⁰ Es un problema en el cual el nivel de potasio en la sangre es más alto de lo normal.

¹¹ La hiponatremia se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja.

renal aguda grave (AKIN III), desequilibrio hidroelectrolítico, retención aguda de orina y síndrome hepatorenal.

11.7 Nota de indicaciones del servicio de Medicina Interna de las 07:00 horas del 24 de abril de 2022, signada por AR6, médica adscrita a ese servicio en el HG, en la que indicó la dieta, soluciones, medicamentos y cuidados generales para V; misma que fue modificada por AR7 (adscrito al mismo servicio) en cuanto a la solución de Hartmann¹² y dosis de furosemida¹³.

11.8 Nota de indicaciones del servicio de Medicina Interna de las 18:20 horas del 24 de abril de 2022, signada por AR8, médico adscrito a ese servicio en el HG, en la cual indicó para V, 300 mg de ácido acetilsalicílico, 20 miligramos de atorvastatina, 50 miligramos de sertralina (antidepresivo), paracetamol y tramadol, 300 mg de clopidogrel, posteriormente 75 mg cada 24 horas y a las 21:44 horas agregó antiemético (metoclopramida).

11.9 Nota de interconsulta del servicio de Nefrología del 25 de abril de 2022, suscrita por PSP1, médico adscrito al mencionado servicio del HG, en la que señaló que V requería de terapia de reemplazo renal¹⁴ e indicó colocación de catéter de Kenchhoff¹⁵ e iniciar diálisis peritoneal¹⁶.

¹² Es una solución isotónica de electrolitos con una composición cualitativa y cuantitativa muy similar a la composición electrolítica del líquido extracelular.

¹³ Se utiliza para tratar el edema (la retención de líquidos; exceso de líquido retenido en los tejidos corporales).

¹⁴ El término terapia de reemplazo renal continua se refiere a las terapias que purifican la sangre en forma extracorpórea, sustituyendo la función renal en forma continua durante las 24 horas del día.

¹⁵ Un catéter Tenckhoff es una sonda delgada y flexible que se coloca en la parte inferior del abdomen (vientre). Lo usará para drenar el líquido que se ha acumulado en el abdomen.

¹⁶ La diálisis peritoneal es una forma de eliminar los desechos de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función adecuadamente.

11.10 Nota de evolución del servicio de Medicina Interna del 25 de abril de 2022, firmada por AR9, médico adscrito a ese servicio del HG, en la que otorgó riesgo quirúrgico Goldman II¹⁷ para V.

11.11 Nota de valoración preanestésica del 25 de abril de 2022, suscrita por PMR1 del servicio de Anestesiología del HG, en la que se señaló los antecedentes médicos de V, indicó riesgo quirúrgico y aplicar anestesia regional a consideración del especialista en turno.

11.12 Carta de consentimiento para atención médica quirúrgica del 26 de abril de 2022, en la se estableció que se informó a V el procedimiento, riesgos y complicaciones; dicha nota carece de nombre del personal médico que la elaboró.

11.13 Resultados de laboratorio de V con fecha de validación del 26 de abril de 2022, de los que resaltó que presentó potasio alto de 7.6 mmo1/1.

11.14 Nota postquirúrgica del 26 de abril de 2022, signada por PSP2, médico adscrito al servicio de Cirugía General del HG, en la que indicó que a V se le colocó catéter Teckhoff en hueso pélvico.

11.15 Hoja de egreso hospitalario del 26 de abril de 2022, en la que PSP3, sin establecer el servicio al que se encontraba adscrita, señaló que V falleció,

¹⁷ La Clasificación de Goldman es un instrumento clínico útil utilizado para determinar el riesgo cardíaco en procedimientos quirúrgicos, sigue siendo considerado como índice multifactorial para riesgo cardíaco, el cual toma en cuenta nueve factores de riesgo independientes los cuales son evaluados en una escala de puntuación, esta puntuación clasifica el riesgo en cuatro clases (I, II, III, IV) siendo el mayor riesgo la clase IV.

y señaló como causas: insuficiencia respiratoria, enfermedad renal crónica agudizada, cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial sistémica.

12. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4388-1/22 del 19 de julio de 2022, a través del cual el ISSSTE remitió el diverso DHG/1155/2022 del 28 de junio del mismo año, anexando copia simple del certificado de defunción de V, en el que se asentó que falleció a las 19:56 horas del 26 de abril de esa anualidad, por insuficiencia respiratoria aguda (30 minutos), enfermedad renal crónica agudizada (2 días), cardiopatía isquémica crónica (9 años) e hipertensión arterial sistémica (9 años).

13. Opinión Médica del 9 de junio de 2023, en la que personal de esta CNDH concluyó que no fue adecuada la atención médica brindada a V por AR1 y AR2 en el HG, el día 22 de abril de 2022, además de señalar que las valoraciones médicas y el tratamiento que recibió V por parte de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, personal médico adscrito al HG, responsables de su atención, no fue adecuada a partir de las 20:00 horas del día 23 de ese mismo mes y año.

14. Acta Circunstanciada del 27 de junio de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QVI, en la que precisó los datos de VI1, VI2 y VI3, familiares de V; además de indicar que no presentó ninguna denuncia penal o administrativa en contra del personal médico del HG.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Al momento de la emisión de la presente Recomendación, este Organismo Nacional no tiene conocimiento de que el ISSSTE haya iniciado alguna investigación con motivo de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

16. Del análisis lógico jurídico de los hechos y de las evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2022/4032/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, persona adulta mayor, atribuibles al personal médico del HG; así como la violación al derecho a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, con base en las siguientes consideraciones:

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

17. El presente caso trata de V, persona adulta mayor, que padecía de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución tratada con metformina, hipertensión arterial sistémica de nueve años de diagnóstico manejada con metoprolol y telmisartán, y dislipidemia¹⁸ mixta tratada con atorvastatina y bezafibrato, enfermedades que se consideran como crónico degenerativas.

18. La CrIDH ha sostenido que los Estados “(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal,

¹⁸ La dislipidemia (o dislipemia) es una concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL).

particularmente (...) cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.¹⁹ 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.”²⁰

19. El artículo 25, de la LGS establece que, en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, “(...) se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad”, ubicándose en dicho supuesto aquellas personas con padecimientos crónico-degenerativos y las personas adultas mayores.

20. 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”.

21. 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

¹⁹ CrIDH, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

²⁰ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores 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 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.

22. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México²¹, explica con claridad que:

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.²²

23. 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 Mayores²³, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como

²¹ Publicado el 19 de febrero de 2019.

²² Párrafo 418.

²³ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

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”.

24. 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.

25. 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.

26. 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 atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.*²⁴

27. Ahora bien, esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible.²⁵

28. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo, (...)”,²⁶ coincidiendo la OMS al precisar que son de “(...) larga duración (...)”²⁷.

29. 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

²⁴ Párrafo 93.

²⁵ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

²⁶ 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.

²⁷ OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

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 cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica.²⁸

30. La OMS²⁹ ha establecido que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina.

31. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, establece que, durante las últimas décadas, se ha incrementado la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, hasta llegar a constituirse en la primera causa de mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos. Asimismo, señala que las dislipidemias son unos de los principales factores modificables de riesgo cardiovascular. Además, las dislipidemias y la hipertensión arterial se encuentran asociadas frecuentemente y presentan un efecto sinérgico sobre el riesgo cardiovascular.

32. Esta Comisión Nacional considera que las personas adultas mayores con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, como lo es el caso de V, se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, ya que requieren atención integral e

²⁸ CNDH. Recomendación 255/2022, párrafo 28.

²⁹ <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

inmediata para alcanzar el mayor bienestar posible,³⁰ lo cual en el caso de V no se garantizó con base en lo siguiente:

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

33. 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,³¹ 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.”

34. 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 (...).*³²

³⁰ CNDH, Recomendación 103//2003, párrafo 32.

³¹ CNDH. Recomendaciones: 103/2023, párrafo 33, 1/2023, párrafo 34; 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

³² 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.

35. 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.

36. 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 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”.

37. 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 (...).*³³

³³ “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.

38. 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”,³⁴ 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 (...)”.

39. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, personal médico adscrito al HG en su calidad de garantes de conformidad con lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigentes al momento de los hechos, omitieron, de manera respectiva, solicitar estudios de laboratorio para descartar o detectar la insuficiencia renal aguda que V padecía, actualizar el cuadro clínico de V e integrar un diagnóstico y descartar previo al alta del servicio por medio de estudios de laboratorio, que la anuria fuera secundaria a insuficiencia renal aguda; además de la inadecuada valoración médica y tratamiento que recibió al no brindarse terapia de reemplazo renal por medio de diálisis peritoneal urgente, omisiones que derivaron en complicaciones violando su derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V, la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, lo cual será materia de análisis posterior, así como el profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito al servicio de anestesiología del HG, quien omitió supervisar el desempeño de PMR1.

³⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

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

❖ Antecedentes clínicos de V

40. El presente caso es sobre V, persona del sexo hombre de 76 años al momento de los hechos, con el antecedente de padecer diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución en tratamiento con metformina; hipertensión arterial sistémica de nueve años de diagnóstico manejada farmacológicamente a base de metoprolol y telmisartán; trastorno de ansiedad en manejo con sertralina y clonazepam; dislipidemia³⁵ mixta tratada con atorvastatina y bezafibrato e hipertrofia prostática³⁶ en control con tamsulosina³⁷; además del antecedente de infarto agudo al miocardio de nueve años de diagnóstico que ameritó angioplastia coronaria³⁸ con colocación de dos stent (dispositivo para mantener la permeabilidad de una arteria cardiaca ocluida).

❖ Atención médica brindada a V en el HG

41. El 22 de abril de 2022, a las 18:01 horas, V acudió al servicio de Urgencias del HG, donde fue valorado por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias,

³⁵ La dislipidemia (o dislipemia) es una concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL).

³⁶ La hipertrofia prostática es el aumento anormal del tamaño de la próstata debido a la edad y a los cambios hormonales en el cuerpo del hombre.

³⁷ La tamsulosina se usa en hombres para tratar los síntomas del agrandamiento de la próstata (hiperplasia prostática benigna o BPH, por su sigla en inglés), que incluye dificultad para orinar (intermitencia, goteo, debilidad en el flujo de orina y vaciado incompleto de la vejiga), dolor al orinar y necesidad de orinar con más frecuencia y urgencia.

³⁸ La angioplastia coronaria, también llamada intervención coronaria percutánea, es un procedimiento que se utiliza para abrir las arterias obstruidas del corazón. La angioplastia utiliza un pequeño catéter con globo que se introduce en un vaso sanguíneo bloqueado para ayudar a ensancharlo y mejorar el flujo sanguíneo al corazón.

señaló que V presentó dolor articular de dos días de evolución, pérdida de fuerza en las extremidades pélvicas provocándole dificultad al caminar y sensación de insatisfacción al orinar sin haber excretado orina (anuria) desde el día anterior.

42. A la exploración física, AR1 reportó a V con signos vitales dentro de parámetros normales (Tensión Arterial 130/80 mm/Hg, Temperatura de 36°C, y 96% de Saturación de Oxígeno), consciente, cooperador, bien hidratado, con adecuada coloración de piel, campos pulmonares ventilados, abdomen con aumento de volumen a expensas de retención urinaria (globo vesical) y Giordano³⁹ negativo bilateral.

43. Hallazgos con los que AR1 integró los diagnósticos clínicos de retención aguda de orina a descartar evento vascular cerebral isquémico⁴⁰ transitorio, e indicó como plan de manejo colocar sonda para drenaje urinario (Foley), con bolsa recolectora de orina, solicitó tomografía de cráneo⁴¹ para descartar evento vascular cerebral y revalorar con resultados.

44. De lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por personal de la CNDH, se estableció que el tratamiento prescrito por AR1 para V, se encaminó a mejorar la excreción de orina por medio de la sonda Foyel, debido a un probable padecimiento obstructivo, secundario a la hipertrofia prostática que padecía; así como a descartar o confirmar con la tomografía simple de cráneo un evento vascular cerebral, mismo

³⁹ Signo de Giordano es la respuesta dolorosa de un individuo al estímulo causado por el médico cuando golpea suavemente con su mano a los lados de la espalda baja, en columna lumbar.

⁴⁰ Un evento vascular cerebral isquémico, también conocido como accidente cerebrovascular isquémico o ACV isquémico, es una condición médica en la cual se produce una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, generalmente debido a la obstrucción de una arteria.

⁴¹ La tomografía de la cabeza es un procedimiento que utiliza rayos X para crear imágenes de la cabeza, incluso el cráneo, el cerebro, las órbitas o cuencas de los ojos y los senos paranasales.

que se sospechó por los múltiples padecimientos crónicos y la disminución de la fuerza en la extremidades pélvicas que le limitaban la marcha.

45. Sin embargo, de conformidad con la bibliografía médica⁴² existen múltiples causas que provocan disminución en la capacidad de los riñones para eliminar productos de desecho por la orina que pueden alterar el equilibrio hidroelectrolítico.⁴³

46. Por lo que, de acuerdo con la mencionada Opinión Médica, AR1 omitió solicitar estudios generales de orina y laboratorio complementarios, tales como marcadores de daño renal⁴⁴, sedimento urinario⁴⁵, determinación de proteinuria⁴⁶, concentración sérica de urea, creatinina, electrolitos y medición de la tasa de filtración glomerular⁴⁷ para descartar o detectar falla renal, con base en lo que se establece en el apartado de tratamiento de la GPC-Tratamiento sustitutivo de la función renal, lo cual aunado a sus factores de riesgo, incrementaron el riesgo de mortalidad de V.

47. A las 21:23 horas del 22 de abril de 2022, AR2, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, reportó el resultado de la tomografía simple de cráneo de V

⁴² Javier Gainza F. *Insuficiencia Renal Aguda*, Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

⁴³ El desequilibrio hidroelectrolítico es una alteración del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano.

⁴⁴ La concentración sérica de creatinina y de urea, así como la diuresis, son marcadores de disfunción renal, cambios en estas variables indican que el riñón no desarrolla adecuadamente su función fisiológica.

⁴⁵ El sedimento urinario es el precipitado que se obtiene al centrifugar una muestra de orina. Este sedimento se utiliza para mostrar alteraciones patológicas anormales en el riñón y vías urinarias.

⁴⁶ La proteinuria es la presencia de proteínas en la orina, que pueden indicar un problema renal u otro trastorno.

⁴⁷ La tasa de filtración glomerular (TFG) es un análisis de sangre que evalúa el funcionamiento los riñones. Sus riñones son dos órganos a cada lado de su columna vertebral cerca de su cintura. Tienen filtros diminutos llamados glomérulos.

sin evidencia de lesiones, con cisuras cerebrales⁴⁸, conservadas, no desplazadas ni datos de hemorragia o tumoraciones e indicó el egreso de V a su domicilio con hidratación a base de agua, vida suero oral o “pedialyte”, dejando cita abierta al servicio de Urgencias y seguimiento con el médico familiar.

48. Al respecto, en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se estableció que con los hallazgos mencionados con anterioridad, AR2 descartó que V cursara con un evento vascular cerebral y determinó su egreso, omitiendo integrar un diagnóstico, y debido a sus factores de riesgo y sintomatología, descartar previamente al egreso por medio de estudios de sangre y orina, que la anuria fuera secundaria a daño renal agudo, incumpliendo con lo que señala la GPC-Tratamiento sustitutivo de la función renal.

49. Esta Comisión Nacional en la Opinión Médica determinó desde el punto de vista médico legal, que V no recibió una atención oportuna, eficaz y adecuada, que aunada a sus enfermedades crónicas incrementaron su riesgo de mortalidad.

50. Posteriormente, al no presentar mejoría, a las 16:24 horas del 23 de abril de 2022, V acudió al servicio de Urgencias del HG, donde después de una hora de su llegada fue atendido por AR3, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, quien señaló los padecimientos crónicos que V le informó y estableció que contaba con resultados de laboratorio de cinco días atrás, sin especificar la fecha, mismos que reportaron niveles de creatinina dentro de parámetros normales de 1.4 mg/dL (normal 0.6-1.4 mg) y recientemente (sin especificar cuando) se encontró con 6.4 mg/dL de creatina (alta); además se indicó que V cursaba con cansancio (astenia),

⁴⁸ La cisuras o surcos del cerebro son cavidades que se forman entre los lóbulos cerebrales para así formar las partes que componen a la corteza cerebral, con el objetivo principal de crear más espacio entre la masa cerebral para acumular más fibras nerviosas.

debilidad (adinamia), náuseas, vómito e intolerancia para alimentarse por la vía oral desde el día anterior, por lo que se presentó ya con administración de líquidos por vía parenteral (solución Hartman).

51. A la exploración física AR3 encontró a V con signos vitales dentro de parámetros normales (Temperatura 36.8°C, Tensión Arterial 137/77 mm/Hg, Frecuencia Cardíaca 71 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria 19 respiraciones por minuto y Glucosa Capilar de 109), despierto, regularmente hidratado, sin alteraciones cardíacas ni pulmonares, abdomen fuera de signos patológicos y con sonda de drenaje urinario (Foley) permeable.

52. En ese sentido, AR3 integró los diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 y probable enfermedad renal aguda e indicó ingreso a hospitalización, con administración de soluciones parenterales mínimas para evitar sobrecarga de líquidos, solo para mantener una vía venosa permeable, se realizarían estudios básicos de laboratorio (biometría hemática, determinación de glucosa, urea, creatinina, cloro, sodio, potasio, magnesio, fosforo, proteínas totales, albúmina⁴⁹, pruebas de funcionamiento hepático).

53. Al respecto, en la Opinión Médica de la CNDH se indicó que AR3 no mencionó que V padecía hipertensión arterial crónica, dislipidemia e hipertrofia prostática, no reportó la cantidad de orina que encontró drenada por la sonda, y omitió solicitar examen general de orina para ser revalorado posteriormente con los resultados obtenidos.

⁴⁹ La albúmina es una proteína más presente en el plasma sanguíneo y realiza múltiples funciones, desde el transporte y metabolismo de diversas sustancias, hasta el mantenimiento de la presión oncótica.

54. Posteriormente, a las 20:00 horas del 23 de abril de 2022, AR4, del cual no se estableció su especialidad ni adscripción, indicó el ingreso de V para hospitalización (sin especificar a qué servicio), y señaló que un familiar de V reportó que la semana anterior presentó infección de vías urinarias, con cuadro febril, tratado con antibiótico (ciprofloxacino); sin embargo, desde tres días atrás no había excretado orina, por lo que le colocaron sonda Foley, reportando que lo encontró con escasa cantidad de orina en bolsa colectora en ese momento.

55. A la exploración física, AR4 señaló que encontró a V con signos vitales dentro de parámetros normales, dolor abdominal a la palpación de manera generalizada, de predominio en ambos flancos, ruidos peristálticos⁵⁰ disminuidos y dolor a la percusión en ambas regiones lumbares sin más alteraciones.

56. Además, AR4 reportó el resultado de los estudios de laboratorio de V solicitados el 23 de abril de 2022, en los cuales se estableció glucosa 133 mg/dL (normal 70-110 mg/dL), urea 133 mg/dL (normal 15-45 mg/dL), nitrógeno ureico en sangre 62.1 mg/dL (BUN normal 06-20 mg/dL) y creatinina 6.43 mg/dL (normal 06-1.4 mg/dL), potasio de 6.9 mEq (normal 3.5-5.5 mEq) bajos de sodio 125 mEq (normal 135-155 mEq) y cloro 87 mEq (normal 98-107 mEq); enzimas hepáticas (TGO y TGP) de 1008 U/l y 245 UA, respectivamente, e integró los diagnósticos de síndrome hepatorenal⁵¹, lesión renal aguda AKI II, desequilibrio hidroelectrolítico, hiperkalemia⁵² moderada e hiponatremia.⁵³

⁵⁰ Es una serie de contracciones musculares. Estas contracciones ocurren en el tubo digestivo.

⁵¹ Complicación grave que presentan los pacientes con cirrosis y ascitis. La insuficiencia renal es de carácter funcional y está causada por vasoconstricción renal.

⁵² La hiperkalemia es una condición médica caracterizada por un nivel elevado de potasio en la sangre. El potasio es un electrolito esencial para el funcionamiento adecuado de las células, incluyendo las células del corazón, los músculos y los nervios. Sin embargo, cuando los niveles de potasio en la sangre se vuelven demasiado altos, pueden causar problemas en el organismo.

⁵³ La hiponatremia es una condición médica en la cual hay un nivel anormalmente bajo de sodio en el torrente sanguíneo. El sodio es un electrolito esencial para el equilibrio de líquidos en el cuerpo,

57. AR4 indicó administrarle 500 mililitros de solución Hartman en 12 horas, antiácido (40 mg de omeprazol cada 24 horas), diurético (furosemida 10 mg cada 12 horas), gluconato de calcio un gramo cada 8 horas, 50 mililitros de solución glucosada al 50% más 10 UI (unidades insulina) de insulina de acción rápida cada ocho horas, antibiótico profiláctico de amplio espectro antibacteriano (500 mg de meropenem cada 12 horas), complementar estudios de laboratorio con examen general de orina, urocultivo, gasometría arterial, tiempos de coagulación y biometría hemática, química sanguínea y electrolitos de control, mantenerlo bajo vigilancia de signos vitales, cuidados generales, control de líquidos y niveles de glucosa, y administrar oxígeno suplementario en caso de desaturación de oxígeno.

58. De lo que antecede, en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional se señaló que los estudios de laboratorio evidenciaron niveles altos de glucosa, urea, nitrógeno ureico, y creatinina fuera de parámetros normales, lo cuales eran sugestivos de insuficiencia renal aguda, además del desequilibrio electrolítico por niveles altos de potasio; así como sodio y cloro bajo, aunado a que las enzimas hepáticas estaban muy altas y eran compatibles con disfunción hepática.

59. Sin embargo, a pesar de que V contaba con antecedentes de anuria, parámetros altos de urea, nitrógeno ureico y creatina elevados, con repercusión hidroelectrolítica y haber integrado el diagnóstico de insuficiencia renal aguda, AR4 omitió solicitar o determinar tasa de filtración glomerular y que V fuera valorado por el servicio de Nefrología, ya que contaba con criterios de tratamiento de remplazo renal.

la función celular y la transmisión de señales nerviosas. Cuando los niveles de sodio en la sangre caen por debajo de los rangos normales (generalmente por debajo de 135 mEq/L), se produce la hiponatremia.

60. Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por personal de la CNDH, se determinó desde el punto de vista médico legal que la valoración que realizó AR4 no fue completa y adecuada, incumpliendo con lo que establece la GPC-Tratamiento sustitutivo de la función renal, omisiones por las cuales V no recibió un tratamiento oportuno que mejorara su pronóstico y calidad de vida, ante la presencia de complicaciones secundarias a sus múltiples enfermedades crónico-degenerativas.

61. El 24 de abril de 2022 a las 11:30 horas, AR5, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, valoró a V y refirió que le manifestó ausencia de excreción urinaria, a la exploración física reportó a V con hipotensión arterial (100/60 mm/Hg), mucosas orales secas, dolor en el cuadrante inferior y medio del abdomen (hipogastrio) a la palpación profunda y pulsos periféricos disminuidos en intensidad.

62. Asimismo, AR5 indicó que los estudios de laboratorio de control del 23 y 24 de abril de 2022 reportaron leucos 26 (sic), niveles de urea (144 mg/dL), nitrógeno ureico (67 mg/dL) y creatinina (7 mg/dL), examen general de orina positivo con 153 leucocitos por campo y abundantes bacterias.

63. Además, AR5 señaló que se realizó tomografía de abdomen (sin interpretación del médico radiólogo), área hepática con lesión hipodensa en el quinto segmento del hígado, e integró los diagnósticos de infección del tracto urinario que incrementa el riesgo de mortalidad a un 33% con base en la escala de evaluación de fallo orgánico secuencial (SOFA), lesión renal aguda grave (AKIN III),⁵⁴ desequilibrio

⁵⁴ La lesión renal aguda (AKI, por sus siglas en inglés) se clasifica en diferentes etapas según la gravedad de la lesión renal. La AKI de grado III se refiere a la forma más grave de lesión renal aguda. En esta etapa, hay una disminución significativa y aguda en la función renal, lo que resulta en una marcada alteración en la eliminación de desechos y líquidos del cuerpo. La AKI III se diagnostica

hidroelectrolítico, retención aguda de orina y probable síndrome hepato-renal más sus padecimientos crónicos.

64. Con lo anterior, AR5 solicitó cambio de sonda Foley, ajustar soluciones parenterales, continuar con medidas antihiperkalémicas y determinó que no contaba con criterios de urgencia dialítica.

65. Al respecto, en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, se señaló que los resultados de laboratorio reportaron leucocitosis⁵⁵ a expensas de nivel altos de neutrófilos, sugestivos de un proceso antiinflamatorio y/o infeccioso agudo (sepsis), incremento de los niveles de urea, nitrógeno ureico y creatinina, los niveles de sodio y potasio permanecieron alterados sin cambios y el examen general de orina fue compatible con infección del tracto urinario, por la presencia de 153 leucocitos por campo y abundantes bacterias.

66. Asimismo, en la mencionada Opinión Médica se resaltó que AR5 determinó que V no ameritaba diálisis urgente, lo cual es contradictorio con el diagnóstico de lesión renal aguda AKIN III, omitiendo previamente a determinar que no ameritaba tratamiento de sustitución renal, considerar los criterios clínicos, de laboratorio, solicitar cuantificación o calcular la tasa de filtración glomerular (TFG) y valoración por el servicio de Nefrología, incumpliendo con lo que establece la GPC-Tratamiento sustitutivo de la función renal, refirió que lo encontró sin excreción urinaria (uresis), datos de sepsis, desequilibrio electrolítico y niveles más altos de marcadores de disfunción renal (urea, nitrógeno ureico y creatinina); con el propósito de confirmar

cuando hay un marcado deterioro de la función renal. Se establece mediante criterios específicos, como un aumento sustancial de los niveles de creatinina en la sangre o una disminución severa del flujo de orina durante un período de tiempo determinado.

⁵⁵ La leucocitosis es el aumento en el número de células de glóbulos blancos de la sangre. Se dice que hay leucocitosis cuando la cifra de glóbulos blancos es superior a 11000 por mm².

o descartar que ameritara terapia de sustitución renal urgente, por lo cual se determinó que su valoración y manejo no fueron adecuados, y aunado a las complicaciones de sus padecimientos crónicos, sí incrementaron su riesgo de mortalidad.

67. Por lo que, en Opinión Médica el personal de esta CNDH determinó que la valoración y manejo que AR5 dio a V, no fueron adecuados a las complicaciones de sus padecimientos crónicos, incrementando así el riesgo de mortalidad.

68. El 24 de abril de 2022 a las 07:00 horas, AR6, personal médico adscrito al adscrita al servicio de Medicina Interna, indicó administrarle a V 500 mililitros de solución Hartman en 12 horas, agregó micronebulizaciones de salbutamol cada ocho horas; AR7, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, incrementó la dosis a 1000 mililitros de solución Hartan para 12 horas y furosemida a 40 miligramos cada ocho horas; y a las 18:20 horas, AR8, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, agregó a su manejo 300 mg de ácido acetilsalicílico como antiagregante plaquetario, 20 miligramos de atorvastatina para tratar el hipercolesterolemia, 50 miligramos de antidepresivo (sertralina), analgésicos no esteroideos y de acción central (paracetamol y tramadol), dosis de antiagregante plaquetario (300 mg de clopidogrel), para evitar la formación de coagulas sanguíneos y a las 21:44 horas agregó antiemético (metoclopramida).

69. De lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por personal de la CNDH, se estableció que no hay evidencia de que AR6, AR7 y AR8, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HG a cargo de la atención de V, hasta ese momento hubieran agotado los medios de diagnóstico para valorar la función renal y solicitaran interconsulta al servicio de Nefrología, con el propósito de implementar el manejo de sustitución renal que ameritaba, debido a que cursaba con el

diagnóstico de lesión renal aguda AKIN III, oliguria o anuria, hiperazoemia (niveles altos de urea, creatinina y nitrógeno ureico), niveles altos de potasio (hipercalcemia), bajos de sodio (hiponatremia), signos de toxicidad urémica (náuseas e inapetencia) y disfunción hepática,⁵⁶ mismos que son criterios para implementar terapia de reemplazo renal urgente, con el propósito de mejorar su pronóstico y calidad de vida.

70. El día 25 de abril de 2022, a las 09:20 horas V fue valorado a petición de AR9, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, por PSP1, médico adscrito al servicio de Nefrología, quien señaló que su intervención se debió a que V cursaba con falta de excreción urinaria (anuria) a pesar del manejo médico implementado, por lo que una vez que conoció los antecedentes de V, describió que lo encontró sin alteraciones neurológicas, signos vitales estables, a nivel abdominal sin alteraciones sugestivas de inflamación ni infección, reportó el resultado de los estudios de laboratorio del día anterior, ante lo cual integró los diagnósticos de falla renal aguda grave (AKI III) y/o enfermedad renal crónica, que ameritaba terapia de reemplazo renal, lo reportó con cavidad abdominal útil por lo cual indicó colocación de catéter de Tenckhoff⁵⁷ e iniciar diálisis peritoneal.

71. A las 10:00 horas del día 25 de abril de 2022, AR9 valoró a V, y señaló que lo encontró clínicamente con signos vitales dentro de parámetros normales (Tensión arterial 130/70 mm/Hg, frecuencia cardiaca 80 x', frecuencia respiratoria 18 x', Temperatura 36 °C), sin signos clínicos de alteraciones a otro nivel, reportó el resultado de los estudios de laboratorio del día anterior, con electrocardiograma que

⁵⁶ La disfunción hepática se refiere a un deterioro o alteración en el funcionamiento normal del hígado.

⁵⁷ El catéter de Tenckhoff es un dispositivo médico utilizado en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, específicamente en la terapia de diálisis peritoneal. Es un tipo de catéter especializado diseñado para permitir el acceso al peritoneo, una membrana delgada que recubre la cavidad abdominal, para realizar la diálisis.

mostró ondas en la cara inferior del corazón, comentó que solicitó valoración por el servicio de Nefrología, quien determinó manejo a base de diálisis peritoneal, por lo cual en ese momento con base en su antecedentes, estado clínico y metabólico, le otorgó un riesgo quirúrgico Goldman II, debido a que sería sometido a la intervención quirúrgica para colocación de un catéter intraabdominal (Tenckhoff), para iniciar diálisis peritoneal.

72. En relación con lo anterior, en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional se estableció que AR9 señaló un reporte aislado del electrocardiograma, ya que el mismo mostró ondas en la cara inferior del corazón, lo cual es un criterio electrocardiográfico para considerar un posible infarto agudo al miocardio; además, no estableció la fecha y no complementó con cuantificación de marcadores cardiacos, para integrar o descartar dicho diagnóstico.

73. Además, en la mencionada Opinión Médica se señaló que el riesgo quirúrgico Goldman II que AR9 estableció para V, es una clasificación que de acuerdo con la NOM-Para la práctica de la anestesiología, corresponde a aquellos pacientes que cursan con alguna enfermedad sistémica, pero compensada, debido a lo cual V no se encontraba dentro de dicha clasificación, porque cursaba con descontrol electrolítico, por niveles altos de potasio, que AR9 no consideró como posibilidad de alteraciones en el electrocardiograma, secundario a la disfunción renal, que sí se relacionan con disfunción cardíaca, por lo que ameritaba tratamiento de remplazo renal urgente en ese momento para disminuir el riesgo de morbilidad relacionada con dicha complicación, tal como lo indicó PSP1.

74. Por lo anterior, en Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, se determinó desde el punto de vista médico legal, que la valoración y tratamiento que recibió V, por parte de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 personal médico

encargado de su atención, a partir de las 20:00 horas del día 23 de abril de 2022, fue inadecuada, porque de acuerdo con la bibliografía médica,⁵⁸ clínicamente y por estudios de laboratorio, desde ese momento se confirmó que cursaba con una insuficiencia renal aguda grave, que no fue obstructiva, porque a pesar de la colocación de sonda Foley persistió con ausencia de excreción urinaria (anuria) y niveles altos de productos de desecho renal (urea y creatina), que durante su estancia incrementaron gradualmente.

75. Por lo que en ese sentido, y de acuerdo con la mencionada Opinión Médica, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, omitieron considerar que dichos parámetros fueron compatibles con insuficiencia renal aguda funcional (prerenal) secundaria a sus padecimientos crónicos, exacerbada por la infección de vías urinarias y falta de ingesta de líquidos, con repercusión sistémica tangible a nivel hepático y general por desequilibrio hidroelectrolítico (hiperkalemia e hiponatremia), los cuales confirmaban el citado diagnóstico de insuficiencia renal aguda grave (AKIN III) que ameritaba desde ese momento se indicara el manejo de remplazo renal por medio de diálisis peritoneal urgente, favoreciendo con ello la progresión de sus complicaciones que incrementó el riesgo de mortalidad a corto plazo.

76. El 25 de abril de 2022 a las 22:00 horas, V fue evaluado por PMR1 del servicio de Anestesiología, quien señaló como diagnóstico lesión renal aguda AKIN III, programando de manera electiva para colocación de catéter de Tenckhoff, a la exploración física lo encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, ligera palidez y deshidratación, neurológicamente sin alteraciones, clínicamente sin más alteraciones, reportó el resultado de los estudios de laboratorio de ese día, los

⁵⁸ Ruiz Mejía R. y Ortega Olivares L. M. *Tratamiento de la hipercalemia en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia dialítica*, artículo de revisión Med Int Méx. 2017, 33(6): 778-796.

cuales indicaban urea de 167 mg/dL, creatinina 8.6 mg/dL y potasio 6.7 mmo1/1, sodio 126, cloro 88 mmo1/1,

77. Igualmente PMR1 reportó los hallazgos del electrocardiograma previamente citado y mencionó que la radiografía de tórax mostró un corazón crecido (cardiomegalia) -asociado a la hipertensión arterial crónica y cardiopatía-, con aparente aumento de tamaño en bronquios y vasos sanguíneos como signos degenerativos secundarios a procesos inflamatorios crónicos, sin más alteraciones, razón por la que le otorgó un riesgo quirúrgico y sugirió aplicar anestesia regional (bloqueo de neuroeje) como método anestésico, a consideración del médico anestesiólogo en turno, estableció que informó al paciente sobre el procedimiento, riesgo y complicaciones otorgando su consentimiento, e indicó ayuno por 8 horas, suspender anticoagulantes (ácido acetilsalicílico y clopidrogel), contar con venoclisis permeable, un paquete globular disponible, solicitó tiempo de coagulación y pasar a quirófano.

78. El 26 de abril de 2022, PSP2, médico adscrito al servicio de Cirugía General, previo consentimiento y bloqueo subaracnoideo como técnica anestésica, colocó catéter de Tenckhoff en hueso pélvico, y terminó el procedimiento sin complicaciones, e indicó que V debía pasar a piso a cargo del servicio de Nefrología sin que se utilizara el catéter durante 24 horas.

79. Ahora bien, de acuerdo a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se advirtió que no existen más notas médicas del expediente clínico que fue enviado por el ISSSTE en las que se describiera la evolución de V, únicamente se reportó la nota de egreso por defunción elaborada por PSP3 el 26 de abril de 2022, en la que se estableció que V cursaba con su tercer día de estancia hospitalaria con últimos estudios de laboratorio de las 09:25 horas de esa misma

fecha, con niveles más altos de potasio (K 6.7 mg), que confirmaron la hiperkalemia, motivo por el cual mencionó que presentó paro cardiorrespiratorio a las 19:30 horas, que manejaron con ocho ciclos de reanimación cardiopulmonar básica, sin respuesta dándose la hora de muerte a las 19:56 horas, a causa de insuficiencia respiratoria que derivó de una enfermedad renal crónica agudizada, contribuyendo para la muerte la cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial sistémica, mismas causas que se establecieron en el certificado de defunción.

80. Por lo anterior, resaltó el hecho de que V ingresó el 22 de abril de 2022, y hasta el día 25 de ese mes y año lo valoró PSP1 (médico nefrólogo), y al día siguiente le colocaron el catéter y ya no fue posible dializarlo, por lo que de conformidad con la Opinión Médica de la CNDH, el manejo de V no fue adecuado, debido a que ingresó clínicamente con signos y parámetros de laboratorio compatibles con insuficiencia renal aguda con descompensación hidroelectrolítica, que no fue oportunamente maneja con terapia de remplazo renal (diálisis peritoneal) que sí ameritaba de manera urgente, favoreciendo con dichas omisiones la progresión de las complicaciones que fueron secundarias a sus padecimientos crónicos e incrementaron su riesgo de mortalidad, que no se previno para mejorar su sobrevivencia y calidad de vida, debido a que el dato renal crónico que presentaba V era irreversible.

81. En virtud de lo expuesto con anterioridad, esta Comisión Nacional observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 incumplieron con lo dispuesto en los artículos 32 y 33. fracción II de la LGS, 9 y 48 del Reglamento de la LGS, así como 8, 22 y 23 del Reglamento del ISSSTE en los que se señala lo siguiente:

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Para los efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I (...)

II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 8. El Instituto otorgará Atención Médica Preventiva y curativa tendientes a proteger la salud de los Derechohabientes, así como brindar atención de Maternidad y de Rehabilitación, tendiente a corregir la invalidez física y mental y comprenderá los siguientes servicios:

IV. Traumatología y Urgencias

Artículo 22. El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable.

Artículo 23. El Médico Tratante responsable de la atención al Paciente, estará obligado a proporcionar información a éste, al Derechohabiente, familiar directo o autorizado o representante legal, información clara oportuna, veraz y completa sobre el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento dentro de su horario de trabajo.

❖ **Persona Médico Residente**

82. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

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

83. En la Opinión Médica realizada por esta Comisión Nacional se observó que en la nota médica realizada por PMR1, no se desprende que sus actividades fueran supervisadas por personal médico titular, lo cual tuvo como consecuencia que inadecuadamente fuera programado de manera electiva y no urgente como lo

ameritaba para la colocación del catéter de Tenckhoff, el cual se utiliza para realizar diálisis peritoneal.

84. Por tanto, deberá investigarse el nombre de la persona servidora pública a cargo de PMR1, para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido con los numerales 5.7., 9.3, 9.3.1, 10.3 y 10.5 de la NOM-De residencias médicas, en los que se especifica que el profesor titular y adjunto deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; y que los médicos residentes deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto; y contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

C. DERECHO A LA VIDA

85. 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.

86. 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”.⁵⁹

87. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁶⁰ 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”.

88. 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.

⁵⁹ 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>

⁶⁰ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

89. La SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”.⁶¹

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

90. 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 y AR9, personal médico del HG también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

91. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que:

91.1 La atención médica brindada a V, el día 22 de abril de 2022, por AR1 adscrita al servicio de Urgencias del HG, no fue adecuada debido a que ante signos de afección renal, múltiples enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia, y urinaria de un día de evolución, omitió solicitar estudios de laboratorio, para descartar o detectar insuficiencia renal aguda, omisiones que aunadas a las complicaciones del agraviado incrementaron su riesgo de morbimortalidad.

⁶¹ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

91.2 Se determinó que, el mismo día 22 de abril de 2022, AR2 adscrita al servicio de Urgencias de dicho nosocomio, omitió actualizar el cuadro clínico de V, así como integrar un diagnóstico y descartar previamente al alta del servicio, por medio de estudios de laboratorio, que la anuria fuera secundaria a insuficiencia renal aguda, omisiones por las cuales V no recibió una atención oportuna, eficaz y adecuada, que aunada a las complicaciones de sus enfermedades crónico-degenerativas incrementaron su riesgo de mortalidad.

91.3 Asimismo, las valoraciones médicas y el tratamiento que recibió V, por parte de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, no fueron adecuadas a partir de las 20:00 horas del día 23 de abril de 2022, porque ante datos de insuficiencia renal aguda grave, no se le brindó terapia de remplazo renal por medio de diálisis peritoneal urgente que sí ameritaba, por lo que dicha atención no cumplió con el propósito de mejorar su sobrevida y calidad de la misma, favoreciendo con dichas omisiones su riesgo de mortalidad a corto plazo.

92. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 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 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS, 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 en sus respectivas intervenciones.

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

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

94. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁶², consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”⁶³.

95. 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”⁶⁴; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

⁶² 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁶³ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

⁶⁴ CNDH, Recomendaciones: 99/2023, párrafo 125; 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.

96. 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 (...).

97. 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.⁶⁵

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

⁶⁵ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017.

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.⁶⁶

99. 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.

100. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, 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.

101. 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.

⁶⁶ CNDH, *Ídem*, párrafo 34.

102. 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

103. 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:

103.1 El 22 de abril de 2022, AR2, en la nota médica de evolución omitió registrar signos vitales y actualizar el cuadro clínico de V, incumpliendo con lo previsto en los numerales 6.2, 6.2.2, 6.2.4 de la NOM-Del Expediente Clínico que señala:

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

Describirá lo siguiente:

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

103.2 Del expediente clínico enviado a esta Comisión Nacional por el ISSSTE, se advirtió que después de la nota médica de las 14:30 horas del 26 de abril de 2022, no hay notas que describieran la evolución de V,

ello de acuerdo con la nota de egreso por defunción de ese mismo día, por lo que se incumplió con el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, en el que se establece que lo siguiente:

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.

103.3 Además, en las notas de indicaciones del servicio de Medicina Interna del 24 de abril de 2022 emitidas por AR6, AR7 y AR8, no establecieron su nombre completo, incumpliendo con ello con lo dispuesto en el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico.

104. Es así, que resulta relevante la observancia obligatoria de la Norma-Del Expediente Clínico por parte del personal médico, a efecto de brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, si bien no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para deslindar responsabilidades, 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; por lo anterior, se vulneró el derecho de QVI, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad, por lo que se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico, al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

105. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, provino de la inadecuada atención médica brindada a V, lo que culminó en la violación al derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida, de conformidad con lo siguiente:

105.1 El 22 de abril de 2022, AR1, omitió solicitar estudios de laboratorio, para descartar o detectar insuficiencia renal aguda, la cual aunado a las complicaciones de V incrementaron su riesgo de morbi-mortalidad.

105.2 En la misma fecha, AR2, omitió actualizar el cuadro clínico del paciente, así como integrar un diagnóstico y descartar previamente al alta del servicio, por medio de estudios de laboratorio, que la anuria que presentaba V, fuera secundaria a insuficiencia renal aguda, por lo que V no recibió una atención oportuna, eficaz y adecuada, que aunada a las complicaciones de sus enfermedades crónico-degenerativas incrementaron su riesgo de morbi-mortalidad. Además, omitió registrar signos vitales y actualizar el cuadro clínico de V.

105.3 Las valoraciones médicas y el tratamiento que recibió V por parte de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, los días 23, 24 y 25 de abril de 2022, no fueron adecuadas por que, ante los datos de insuficiencia renal aguda grave, no se le brindó terapia de reemplazo renal por medio de diálisis peritoneal urgente que ameritaba, por lo que favorecieron el riesgo de

mortalidad a corto plazo de V.

106. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento de los hechos, que prevé que las personas servidoras públicas 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, observando las directriz de 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

107. Con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante la Fiscalía General de la República y ante el OIC-ISSSTE, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas, por la inadecuada atención médica de V.

E.2. Responsabilidad Institucional

108. Conforme al párrafo tercero del artículo 1 de la Constitución Política “todas

las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

109. 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.

110. 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.

111. En el presente caso, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V, igualmente como ya se precisó en la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, ya que se infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico, al no advertirse notas médicas que describieran la evolución de V, después de la nota médica de las 14:30 horas del

26 de abril de 2022, igualmente constituyen responsabilidades del personal encargado del resguardo de los expedientes clínicos en el HG, situación que corresponderá a la autoridad investigar su identidad, al incumplir con el numeral 5.1. de la NOM-Del Expediente Clínico.

112. De la misma forma, constituye responsabilidad institucional el hecho de que el titular del servicio de Anestesiología no supervisara las actividades de PMR1, ya que tuvo como consecuencia que fuera programado inadecuadamente, de manera electiva y no urgente como lo ameritaba para la colocación del catéter de Tenckhoff en V.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

113. 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.

114. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 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 y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3; por lo que se deberá inscribir a V y QVI, VI1, VI2 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

115. 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.

116. En el “Caso Espinoza González 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”.⁶⁷

117. 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 (...)”.⁶⁸

118. 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

119. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer

⁶⁷ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

⁶⁸ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II, 62 y 63, 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.

120. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, 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.

121. 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

122. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 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”.⁶⁹

123. Por lo que, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, con la finalidad de que V, así como QVI, VI1, VI2 y VI3, sean inscritas en el Registro Nacional de Víctimas, 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 esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, 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

124. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

125. De ahí que, el ISSSTE deberá colaborar con la autoridad ministerial en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la FGR en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y

⁶⁹ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

AR9, así como quien resulte responsable, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención de V. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

126. De la misma forma el ISSSTE, deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia que se presentará en el OIC-ISSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

iv. Medidas de no repetición

127. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, fracción IV, 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 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.

128. 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 NOM-Del Expediente Clínico, NOM-De residencias médicas, NOM-Para la práctica de la anestesiología y GPC-Tratamiento sustitutivo de la

función renal, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y de Anestesiología del HG, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, en caso de encontrarse activos laboralmente, los citados cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. 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 quinto.

129. Adicionalmente, el ISSSTE deberá emitir una circular en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigida al personal del servicio de Anestesiología, para que las personas usuarias de los servicios de salud sean atendidas por médicos de base; así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, para el personal de los servicios de Urgencias y Medicina Interna, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

130. 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.

131. 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, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, 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, deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, 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 con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que se presentará ante la FGR, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, así como quien resulte responsable, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención de V, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto 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. Colabore con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el OIC-ISSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

QUINTA. 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 NOM-Del Expediente Clínico, NOM-De residencias médicas, NOM-Para la práctica de la anestesiología, GPC-Tratamiento sustitutivo de la función renal, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y de Anestesiología del HG, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, en caso de encontrarse activos laboralmente, los citados cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. 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.

SEXTA. Emita una circular en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de presente Recomendación, dirigida al personal de Anestesiología, para que las personas usuarias de los servicios de salud sean atendidas por médicos de base, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, para el personal de los servicios de Urgencias y Medicina Interna, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SÉPTIMA. 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.

132. 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.

133. 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.

134. 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.

135. 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