

RECOMENDACIÓN NO. 156/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V Y AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, QVI Y PVI EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 29, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2023

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, párrafo primero, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2022/10601/Q** y su acumulado **CNDH/1/2022/15074/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6°, Apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4°, párrafo segundo

de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	PVI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

NOMBRES	ACRÓNIMO
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.	CEAV

Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Hipernatremia en el Adulto.	GPC-Tratamiento de Hipernatremia
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.	GPC-Tratamiento de Hipertensión
Guía de Práctica Clínica, Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado.	GPC-Rehabilitación Temprana
Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor Hospitalizado.	GPC-Tratamiento del Delirium
Guía de Práctica Clínica, Tromboprofilaxis en Fibrilación Auricular en mayores de 18 años.	GPC-Tromboprofilaxis
Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano.	GPC-Síndrome de Fragilidad
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad de México.	HGZMF No. 29
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.	Ley DPAM
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	NOM-Educación en salud

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Procedimiento para la atención en el servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.	Procedimiento de Urgencias IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

5. El 6 de septiembre de 2022, se recibió en esta Comisión Nacional, la queja de QVI, en la que refirió que el 3 de julio de 2022, su padre V fue ingresado al HGZMF No. 29 del IMSS, toda vez que por la sintomatología que tenía, consideraron que sufría de un “*infarto cerebral*”, asignándole cama hasta el 7 del mismo mes y año.

6. Al paso de los días, el estado de salud de V se fue deteriorando, presentando signos como tos, situación que a pesar de haber sido reportada por QVI al personal médico del HGZMF No. 29, únicamente le indicaron la realización de estudios de sangre, señalando que el paciente no contaba con algún tipo de infección.

7. Derivado de ello, el 20 de julio de 2022, personal médico del HGZMF No. 29 practicó a V una placa de tórax, la cual evidenció que el agraviado tenía “*neumonía*”, por lo que más tarde, en la misma fecha, se informó a sus familiares que el paciente

entró en “*choque séptico*”¹ por la neumonía, con baja de presión y ritmo cardiaco, tras lo cual, finalmente ocurrió su fallecimiento.

8. Derivado de lo anterior, debido a que en los expedientes de queja **CNDH/5/2022/10601/Q** y **CNDH/1/2022/15704/Q** existe conexidad en los hechos denunciados, los probables derechos humanos vulnerados y la identidad de las víctimas como de la autoridad responsable, con fundamento en los artículos 85 y 125, fracción VII del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, el 31 de mayo de 2023 se acordó la acumulación de los expedientes al primero de los citados, lo que se notificó en su momento a la parte quejosa.

9. En ese tenor, con el objeto de documentar las violaciones a los derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, misma que se envió en su oportunidad; de igual manera, se elaboró Opinión Médica por una especialista de este Organismo Nacional, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Queja en línea del 6 de septiembre de 2022, por medio del cual QVI hizo del conocimiento de esta Comisión Nacional los hechos cometidos en agravio de V.

11. Correo electrónico de 13 de febrero de 2023, suscrito por personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, mediante el cual se rindió informe a esta Comisión Nacional, al que se adjuntó copia del resumen

¹ El shock séptico es una afección mortal ocasionada por una infección grave localizada o sistémica que requiere atención médica inmediata. Los síntomas incluyen baja presión arterial, brazos y piernas fríos y pálidos, escalofríos, dificultad para respirar y disminución en la producción de orina. La desorientación y la confusión mental también pueden manifestarse rápidamente.

médico del 7 de febrero del año en curso, suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, en el que describió que V ingresó al servicio de Urgencias de dicho nosocomio el 3 de julio de 2022, con diagnósticos de *“encefalopatía metabólica,² desequilibrio hidroelectrolítico por hiponatremia,³ probable evento vascular cerebral⁴ e hipertensión arterial sistémica descontrolada”⁵*.

12. Correo electrónico de 3 de marzo de 2023, de personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, por el que el IMSS amplió su informe a este Organismo Nacional y al que adjuntó copia del expediente clínico de V, del que se desprenden las siguientes documentales:

12.1. Nota de atención médica de 31 de enero de 2019, suscrita por PSP1, médico adscrito al servicio de Cardiología del HGZMF No. 29, en la que asentó que V contaba con antecedentes de infarto antiguo anteroseptal⁶ no reperfundido sin especificar tiempo de evolución, bloqueo de rama izquierda⁷ y

² La encefalopatía metabólica es un problema en el cerebro. Está causado por un desequilibrio químico en la sangre. El desequilibrio está causado por una enfermedad o por órganos que no funcionan tan bien como debieran. No está causado por una lesión en la cabeza.

³ La hiponatremia es el desequilibrio electrolítico más común en la práctica clínica, sin embargo también es el más sub diagnosticado. En los pacientes con hiponatremia sintomática aumenta significativamente la morbilidad y la mortalidad en contraste con pacientes cuyas concentraciones de sodio son normales.

⁴ Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

⁵ La hipertensión arterial sistémica o presión alta se presenta cuando los vasos sanguíneos mantienen una presión mayor a 140/90 mm Hg; lo que significa que la fuerza ejercida por la sangre en venas y arterias es elevada, entre más alta sea, más esfuerzo hace el corazón para que la sangre circule adecuadamente y mayor es el riesgo del daño al corazón, cerebro y riñones.

⁶ El infarto del miocardio de la pared anterior es a menudo causado por la oclusión de la arteria coronaria descendente anterior izquierda. Puede ser categorizada como anteroseptal o anterolateral.

⁷ El bloqueo de rama izquierda puede dificultar que el corazón bombee la sangre de manera eficiente por el sistema circulatorio.

Muchas personas no presentan síntomas. Cuando ocurren, suelen incluir desmayos o frecuencia cardíaca lenta.

FEVI⁸ del 50%, con discinesia anteseptal y del septum ventricular,⁹ así como insuficiencia tricúspide moderada.¹⁰

12.2. Nota de atención médica de 31 de enero de 2020, firmada por PSP2, médica adscrita al servicio de Cardiología del HGZMF No. 29, en la que se detalló que se le practicó estudio de Medicina Nuclear sin necesidad de cateterismo, reportando crisis convulsivas parciales complejas, insomnio, presencia de soplo sistólico en foco tricúspideo grado II/IV, con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His, con manejo de antihipertensivos, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, diurético de asa, bloqueador de canales de calcio y medicamentos para la hipertrofia prostática.

12.3. Triage y nota inicial de las 17:55 horas del 3 de julio de 2022, suscrita por AR1, médico de base adscrito al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29, en el que asentó: *“paciente acude por presentar desde hace 2 días con desorientación en tiempo y persona, hiporexia,¹¹ dislalia,¹² temblor en brazos”*.

12.4. Nota médica y prescripción de las 20:16 horas del 3 de julio de 2022, firmada por AR2, médica adscrita al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29,

⁸ La FE o la FEVI es la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Traduce el porcentaje de sangre que el ventrículo expulsa en cada latido, ya que nunca se queda totalmente vacío, tras la contracción.

⁹ La comunicación interventricular (también llamada defecto septal interventricular) o CIV es un defecto de nacimiento en el corazón, en el cual hay un orificio en la pared (septo o tabique) que separa las dos cavidades (ventrículos) inferiores del corazón. Esta pared también se llama septo ventricular.

¹⁰ La insuficiencia tricuspídea es una incompetencia de la válvula tricúspide que promueve el movimiento del flujo sanguíneo procedente del ventrículo derecho hacia la aurícula derecha durante la sístole. Su causa más frecuente es la dilatación del ventrículo derecho.

¹¹ La hiporexia es comúnmente conocida como la pérdida de apetito en personas mayores. La hiporexia es un trastorno muy frecuente pero, a pesar de ser peligroso, no se considera una enfermedad. La falta de apetito puede ser causada por muchos factores, tanto psicológicos como fisiológicos.

¹² Alteración de la capacidad del habla que se manifiesta con una dificultad de articular las palabras y que es debido a malformaciones en los órganos que intervienen en el habla.

en la que reportó a V con tensión arterial elevada, desorientado en tiempo y lugar, solicitando la práctica de electrocardiograma y tomografía de cráneo.

12.5. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 3 de julio de 2022, en el que se observa que se le administró a V solución salina así como betabloqueador (metoprolol) e inhibidor de enzima convertidora de angiotensina.

12.6. Carta de consentimiento informado para ingreso al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29, de 3 de julio de 2022, firmado por AR2, en la que se aprecia el nombre de V, sin la firma del paciente o de alguno de sus familiares.

12.7. Estudio de tomografía computarizada de cráneo de las 11:16 horas, del 4 de julio de 2022, suscrita por PSP3, médica adscrita al servicio de Radiología e Imagen del HGZMF No. 29.

12.8. Nota de evolución vespertina de las 16:39 horas, del 4 de julio de 2022, elaborada por AR3, médica adscrita al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29, en la que detalló que V se encontraba en ayuno, con funciones mentales no favorables, ruidos cardíacos y abdomen sin alteraciones, observando que, conforme a la tomografía practicada al paciente, se indicó hiperglucemia, persistencia de hipernatremia, reportándolo grave y solicitando su ingreso a piso de Medicina Interna.

12.9. Indicaciones médicas del 4 de julio de 2022, suscrita por AR12, médico de base adscrito al servicio de Urgencias, en las que consignó la prescripción a V de solución salina, glicemia capilar, metoprolol, cuidados de enfermería y medidas generales.

12.10. Nota de evolución del turno nocturno de las 01:46 horas, del 5 de julio de 2022, firmada por AR4, médica adscrita al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29, en la que señaló que V continuaba con desorientación en lugar, tiempo y espacio, con probable encefalopatía metabólica y bajo diagnóstico de *“hipernatremia y alta osmolaridad”*.

12.11. Informe de resultados de laboratorios clínicos del 5 de julio de 2022 practicados a V en el HGZMF No. 29.

12.12. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 6 de julio de 2022, de los que no se aprecia el nombre y firma de quien los elaboró y en los que se reportó a V desorientado, con frecuencias cardíacas de entre 110 a 148 latidos.

12.13. Nota médica y de prescripción de las 10:29 horas, del 7 de julio de 2022, suscrita por AR5, médica adscrita al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, quien reportó a V alerta, cooperador, bradipsíquico (de pensamiento lento), continuando con manejo antiarrítmico y solicitando valoración por el servicio de Cardiología.

12.14. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 7 de julio de 2022, de los que no se aprecia el nombre y firma de quien los elaboró y en los que se asentó la prescripción y ministración de dieta en papilla asistida por personal de enfermería, solución salina, antiinflamatorio, laxante, antihipertensivo, medicamentos para la próstata y estatina.

12.15. Nota de evolución de las 10:16 horas, de 8 de julio de 2022, firmada por PSP5, médica adscrita al servicio de Cardiología del HGZMF No. 29, en la que

señaló que V se encontraba hemodinámicamente estable y asintomático a nivel cardiovascular.

12.16. Nota médica de 9 de julio de 2022, suscrita por AR6, médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, en la que refirió que V presentaba soplo tricúspideo y mitral, tórax sin datos de síndrome pleuropulmonar (sin neumonía) y con mejoría neurológica.

12.17. Nota médica de 10 de julio de 2022, firmada por AR7, médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, en la que señaló que V se encontraba con tendencia a la somnolencia, hiporeactivo, con uso de oxígeno suplementario, reportando la suspensión de metoprolol por antecedente de alergia a pesar de no encontrarse documentado dicho dato.

12.18. Informe de resultados de laboratorio clínico de 11 de julio de 2022, practicados a V en el HGZMF No. 29, en el que se reportó crecimiento de *“Microorganismo Escherichia coli BLEE positivo.”*¹³

12.19. Notas de revisión de 12, 13, 14 y 15 de julio de 2022, signadas por AR5, en las que reportó a V estable y en buenas condiciones neurológicas, con eritema en el brazo derecho y edema en el izquierdo, reiniciando ministración de betabloqueador debido a descontrol en las cifras de frecuencia cardiaca, desorientado en tiempo y espacio, con tendencia a hipotensión¹⁴ pero sin manifestar datos clínicos de bajo gasto.

¹³ La *Escherichia coli* (*E. coli*) es el microorganismo más frecuente de este grupo de bacterias que ha logrado generar resistencia a los antimicrobianos gracias a la generación de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), y han surgido como causa de infecciones drogo-resistentes adquiridas en la comunidad.

¹⁴ Se trata de un descenso abrupto de la presión arterial al ponerse de pie o después de acostarse. Entre sus causas, se incluye la deshidratación, el reposo en cama durante un tiempo prolongado, el embarazo, determinadas afecciones médicas y algunos medicamentos.

12.20. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones del personal de enfermería del HGZMF No. 29, de 16 de julio de 2022, en los que se consignó que V se encontraba con escala de coma de Glasgow de 8 puntos, inquieto, con taquicardia y mal estado de salud.

12.21. Nota médica de 17 de julio de 2022, suscrita por AR8, médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, en la que señaló que V presentaba tensión arterial 105/70 mmHG, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 18.

12.22. Nota médica de 18 de julio de 2022, suscrita por AR5, en la que precisó que de acuerdo a resultados de laboratorios de control, solicitaría interconsulta al servicio de Psiquiatría por “*síndrome confusional*”,¹⁵ reportando a V muy delicado y con pronóstico reservado.

12.23. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones del personal de enfermería del HGZMF No. 29, de 18 de julio de 2022, en los que se reportó a V con secreciones orofaríngeas, fatiga, con mal estado general, brindando fisioterapia pulmonar, con escasa respuesta verbal del paciente.

12.24. Nota médica de 18 de julio de 2022, suscrita por PSP5, quien sugirió al servicio tratante valorar la presencia de alguna causa descompensadora de la función cardiaca de V, debido a leucocitosis¹⁶ y neutrofilia sugerentes de sepsis,

¹⁵ El síndrome confusional, o delirium, se caracteriza principalmente por una marcada alteración del nivel de Noconciencia y la capacidad atencional, conllevando otra serie de alteraciones cognitivas, del estado de ánimo, del sueño y de la conducta.

¹⁶ Los leucocitos o glóbulos blancos (neutrófilos, monocitos, eosinófilos, basófilos y linfocitos) son producidos en la médula ósea y tienen la función de combatir virus, gérmenes y bacterias en el sistema sanguíneo. Las personas sanas suelen tener un recuento de 7.500 leucocitos por milímetro cúbico de sangre; sumar más de 11.000 leucocitos por milímetro cúbico de sangre se llama leucocitosis. Esto puede indicar que el organismo requiere más leucocitos en sangre periférica por una infección, por una inflamación por hiperproducción de estas células en la médula ósea.

desequilibrio hidroelectrolítico, anemia y otros factores que pudieran condicionar el descontrol de la frecuencia cardíaca.

12.25. Nota médica de 19 de julio de 2022, suscrita por AR5, quien mencionó que V se encontraba desorientado, pálido, con crépitos finos en ambas regiones basales, sin integrar síndrome pleuro-pulmonar, con leucocitosis, solicitando la práctica de una radiografía de tórax para descartar infección de vías respiratorias inferiores y valoración por Psiquiatría.

12.26. Nota de atención médica de 19 de julio de 2022, firmada por AR9, médico adscrito al servicio de Psiquiatría del HGZMF No.29, en la que describió a V con “*pobre atención y concentración*”, por breves momentos despierto, desorientado en tiempo y lugar, estableciendo diagnóstico de “*delirium*”¹⁷ debido a enfermedad médica.

12.27. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones del personal de enfermería del HGZMF No. 29, de 19 de julio de 2022, elaborados por AR10 y otros miembros del personal de enfermería, en los que registraron que V presentaba tos esporádica, con riesgo de broncoespasmo, mal manejo de secreciones, brindando terapia pulmonar.

12.28. Nota médica de 20 de julio de 2022, suscrita por AR5, en la que señaló que V presentaba hipotensión y taquicardia, reportando radiografía de tórax en la que se evidenció radio-opacidad homogénea a nivel basal derecho sugerente de neumonía.

¹⁷ Estado mental en el que una persona está confundida y tiene una percepción reducida de su entorno. Es posible que la persona también esté ansiosa, agitada o que tenga menos energía que la usual y que se sienta cansada y deprimida.

12.29. Dos cartas de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas, ambas de 20 de julio de 2022, firmadas por V y por AR11, médica adscrita al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, a efecto de realizar procedimiento de colocación de catéter venoso e intubación orotraqueal.

12.30. Nota de alta y tratamiento de las 01:11 horas, del 21 de julio de 2022, suscrita por PSP4, médica adscrita al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, en la que asentó que ante reporte de personal de enfermería sobre la ausencia de signos vitales en V, inició maniobras de reanimación cardiopulmonar sin retorno a la circulación, estableciendo hora de defunción a las 23:00 horas del 20 de julio de 2022.

12.31. Certificado de defunción de V de 20 de julio de 2023, firmado por PSP4, en el que señaló como causas de defunción *“choque séptico dos horas de evolución y neumonía bacteriana de 24 horas”*.

13. Acuerdo de conclusión de 31 de mayo de 2023, en el que se hizo constar que el 7 de diciembre de 2022 se radicó el expediente de queja CNDH/5/2022/15704/Q, por parte de la Primera Visitaduría General de esta Comisión Nacional, en el que se determinó su acumulación al diverso CNDH/5/2022/10601/Q, al advertirse que los hechos investigados guardan estrecha relación y del que se desprendió el oficio 031259, de 4 de mayo de 2023, por medio del cual este Organismo Nacional dio vista al Órgano Interno de Control en el IMSS de los hechos narrados por QVI.

14. Opinión médica, de 5 de julio de 2023, suscrita por una especialista de esta Comisión Nacional respecto del caso de V, en la que se determinó que la atención médica brindada al paciente en el HGZMF No. 29 fue inadecuada.

15. Oficio 00641/30.102/Q/2749/2023-NDF, de 2 de agosto de 2023, suscrito por el titular del área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y titular del área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS, mediante el cual informó el trámite otorgado a la vista que le dio este Organismo Nacional, respecto de los hechos de queja.

16. Impresión de correo electrónico de 25 de agosto de 2023, suscrito por personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales de la Unidad de Derechos Humanos del IMSS, por medio del cual informó que derivado de la remisión de los antecedentes del caso por parte del Órgano Interno de Control en ese Instituto, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente radicó el Expediente de Queja Administrativa.

17. Acta Circunstanciada de 31 de agosto de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la comunicación telefónica con la Coordinación de Atención a Quejas y Asuntos Especiales del IMSS, mediante la cual se informó que el Expediente de Queja Administrativa se radicó el 7 de marzo de 2023, mismo que se encuentra en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 4 de mayo de 2023, en el trámite del expediente de queja CNDH/1/2022/15704/Q, el cual se acumuló al que hoy nos ocupa, se dirigió oficio de vista al Órgano Interno de Control en el IMSS respecto de los hechos narrados por QVI.

19. El 29 de septiembre de 2022, el Órgano Interno de Control en el IMSS turnó copia del asunto a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte al ser un asunto de su competencia, agregando que en caso de que se determinara alguna deficiencia

médica, se hará del conocimiento a ese Órgano Interno de Control y consecuentemente se radicará el expediente correspondiente.

20. Derivado de la remisión del mencionado asunto, el 7 de marzo de 2023, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS radicó el Expediente de Queja Administrativa, mismo que se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. De la valoración lógico-jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja **CNDH/5/2022/10601/Q** y su acumulado **CNDH/1/2022/15704/Q**, realizada 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 internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como, al acceso a la información en materia de salud en perjuicio de V, de QVI y de PVI, atribuibles a personas servidoras públicas del HGZMF No. 29.

A. Derecho humano a la protección de la salud.

22. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

23. El artículo 4º de la CPEUM, en su párrafo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹⁸

24. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “*Protocolo de San Salvador*” enuncia en su artículo 10 que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”, añadiendo que, para lograr su efectividad, “*Los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*”.

25. Por otra parte, la SCJN ha precisado en jurisprudencia que, entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de los servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad, como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista

¹⁸ Ley General de Salud. “*Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.¹⁹

26. Bajo esa óptica, esta Comisión Nacional en la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, del 23 de abril de 2009, ha señalado que “*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.²⁰

27. En el presente caso, esta Comisión Nacional observa que personas servidoras públicas del HGZMF No. 29 incurrieron en omisiones que violentaron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

A.1. Violación al derecho humano de la salud en agravio de V

- **Ingreso de V al servicio de Urgencias del HGZMF No. 29**

28. V, paciente masculino, adulto mayor de edad al momento de los hechos, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 15 años de evolución, hiperplasia prostática, así como, cardiopatía isquémica crónica con evidencia de atención especializada desde tres años antes, todas con control farmacológico, quien de acuerdo a las constancias que obran en el expediente de queja, recibió atención

¹⁹ SCJN. Jurisprudencia (Administrativa). “*DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD*”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, abril de 2009. Registro: 167530.

²⁰ CNDH. “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, 23 de abril de 2009.

médica el 31 de enero de 2019 en el servicio de Cardiología del HGZMF No. 29 por antecedente de infarto antiguo anteroseptal no reperfundido.²¹

29. Asimismo, se conoció que en el 2019 se diagnosticó a V con bloqueo de rama izquierda (arritmia cardiaca) y mediante ecocardiograma se evidenció FEVI²² del 50%, provocando que su corazón solo expulsara la mitad de sangre necesaria a su cuerpo, con discinesia anteseptal y del septum interventricular,²³ así como, insuficiencia tricúspidea moderada.

30. En 2020, se realizó a V estudio en Medicina Nuclear sin necesidad de cateterismo, presentando crisis convulsivas parciales complejas, insomnio, presencia de soplo sistólico en foco tricúspideo grado II/IV,²⁴ con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His,²⁵ siendo manejando hasta ese momento, con antihipertensivos, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (enalapril), diurético de asa (clortalidona), bloqueo de canales de calcio (amlodipino) y medicamentos para la hipertrofia prostática (tamsulosina y finasteride).

31. En este contexto, el 3 de julio de 2022, V fue ingresado a las 17:55 horas en el servicio de Urgencias del HGZMF No. 29, ocasión en la que fue atendido por AR1, quien interrogó a un familiar del paciente, el cual refirió que presentaba “*desde hace dos días [...] desorientación en tiempo y persona, hiporexia [disminución de apetito], dislalia [dificultad para hablar] y temblor en los brazos*”, agregando que le suministró vitamínicos mostrando leve mejoría. No obstante, el familiar del paciente reiteró que

²¹ Es decir, tuvo una obstrucción de una arteria del corazón que dejó sin aporte sanguíneo a la cara anterior y parte del septum interventricular sin administración de medicamento especial para reperfundir el tejido cardíaco

²² Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

²³ Mal funcionamiento o mal vaciamiento antes y en el tabique o pared que divide los ventrículos.

²⁴ Ruido anormal en la sístole fácil de escuchar mediante la auscultación en el borde paraesternal izquierdo.

²⁵ Obstrucción en el impulso eléctrico en el lado izquierdo del corazón.

éste continuaba con hiporexia y desorientación, razón por la cual determinó conducente llevarlo al mencionado nosocomio.

32. Así las cosas, a su llegada al HGZMF No. 29, AR1 realizó exploración física de V, encontrándolo con signos vitales de tensión arterial 152/100 mmHg, frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura de 37 grados, con un aumento leve de cifras de tensión arterial, polipnéico²⁶ y con febrícula,²⁷ observándolo consciente, orientado en las tres esferas, con buena coloración de tegumentos, mucosa oral deshidratada, sin alteraciones en cráneo y cuello, pulmones bien ventilados, cardiovascular sin soplos, sin alteraciones en abdomen ni extremidades, expresando el paciente dolor en rodilla y mano del lado izquierdo, así como en tobillo derecho.

33. Igualmente, en dicha valoración AR1 hizo referencia a un electrocardiograma que le fue practicado con anterioridad a V, del que se desprendían datos de taquicardia y fibrilación auricular previa (frecuencia y ritmo cardiaco irregular), por lo que, con el resto de los datos determinó su ingreso al área de Observación con diagnóstico de *“Hipertensión Arterial”*, indicando ministración de solución intravenosa y protector gástrico (omeprazol), además de solicitar estudios de sangre y radiografía de tórax.

34. En ese orden de ideas, de acuerdo a la valoración de las constancias que integran el expediente clínico de V, la médica de este Organismo Nacional expresó que la actuación de AR1 en torno al manejo del control de cifras de tensión arterial y la solicitud de estudios complementarios, se encontró acorde a lo establecido en

²⁶ Polipnea es un término que se emplea en la medicina para nombrar al incremento de la profundidad y de la frecuencia de la respiración.

²⁷ El término febrícula se suele usar para referirse a las décimas de temperatura antes de que se origine la fiebre. La febrícula se produce cuando la temperatura corporal se encuentra entre los 37,1 y 37,9°C.

la Ley General de Salud, en el Reglamento de la LGS y en el Procedimiento de Urgencias IMSS.

35. Más tarde, a las 20:16 horas del mismo día, V fue atendido por AR2, quien a la exploración física advirtió signos de tensión arterial 150/100 mmHg, la cual se observó elevada, frecuencia cardiaca de 65, frecuencia respiratoria 20, temperatura 36 grados, saturación de oxígeno de 92% dentro de rangos normales; entrevistando nuevamente a sus familiares quienes negaron la presencia de fiebre y síntomas urinarios o respiratorios.

36. Continuando con su valoración, AR2 encontró a V despierto, desorientado en tiempo y lugar, disártrico, pálido, con pupilas isocóricas (de tamaño normal) e isorreflécticas (de reflejos normales), regularmente hidratado, sin alteraciones en la exploración física. Aunado a ello, de los estudios de laboratorio que le fueron practicados, se registró DHL (lactato deshidrogenasa) de 267 u/L (valores normales 110-210 u/L), glucosa 122 mg/dL (valores normales 70-100 mg/dL en un paciente no diabético), sodio 151.1 mEq/L (valores normales 135-145 mEq/L), potasio 3.81 mEq/L (valores normales 3.5-5.5 mEq/L), leucocitos 9.55, Hb 14 mg/dl, plaquetas 123 mil, lo que evidenció un aumento de sodio en su sangre o hipernatremia, indicando soluciones a medio molar,²⁸ ligera hiperglucemia y plaquetopenia, así como, incremento de DHL.²⁹

37. Así las cosas, terminada la valoración de V, AR2 solicitó electrocardiograma y tomografía de cráneo para descartar enfermedad cerebral vascular, concluyendo con diagnóstico de *“Encefalopatía metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico, hipernatremia leve, descartando evento vascular cerebral, Hipertensión Arterial*

²⁸ De la osmolaridad de una solución intravenosa, se retira la mitad y se repone a su cantidad original con agua inyectable.

²⁹ El cual suele elevarse en procesos inflamatorios de hígado y trastornos de la coagulación.

sistémica descontrolada”, estimando un pronóstico delicado con alto riesgo de complicaciones.

38. Sobre este punto, de acuerdo a la especialista de esta Comisión Nacional, la literatura médica especializada refiere que las manifestaciones clínicas del accidente cerebrovascular son muy variables, dada la anatomía tan compleja del encéfalo y sus vasos; diagnosticándose cuando los signos y síntomas neurológicos se prolongan durante más de 24 horas, siendo los más comunes; pérdida de la función sensitiva, motora o ambas en una mitad del cuerpo, cambios en la visión, marcha, habla y comprensión, o cefalea intensa inesperada.

39. Además, existen otros padecimientos que pueden confundirse con ese cuadro, como las convulsiones, tumores, cefaleas tipo migraña o las encefalopatías metabólicas que originan cambios mentales sin signos neurológicos focales, por lo que, la solicitud realizada por AR2 para la realización de una tomografía de cráneo para descartar un evento cerebral fue acorde a la literatura médica especializada.

40. No obstante lo anterior, la misma especialista añadió que la GPC-Tratamiento de Hipernatremia menciona la clasificación de dicho padecimiento *“Hipernatremia leve de 146 a 150 mmol/L; Hipernatremia moderada de 151 a 159 mmol/L. Hipernatremia severa mayor o igual 160 mmol/L”*, por lo cual, los niveles de sodio reportados en V correspondían a una hipernatremia moderada y no leve como AR2 lo estableció y que, si bien es cierto, ésta indicó solución salina al 0.45%, cantidad sugerida en la mencionada Guía, no se observó hoja de indicaciones médicas glosada al expediente clínico de V, por lo cual, no es posible establecer si dicha dosis quedó ajustada al medio molar como lo refirió AR2 previamente en su nota médica.

41. El mismo 3 de julio de 2022, personal de enfermería del HGZMF No. 29 ministró a V, solución salina de 0.45% en cantidad de 500cc para 12 horas, así como,

betabloqueador (metoprolol) e inhibidor de enzima convertidora de angiotensina (enalapril), lo que fue acorde a la GPC-Tratamiento de Hipertensión, la cual refiere que *“Se deberá iniciar y/o continuar tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de 80 años cuando [...] exista tratamiento previo establecido bien tolerado [...] Se encuentre asociada a lesión a órgano blanco, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o renal establecida [...] El uso de bloqueadores de receptores B-adrenérgicos en el tratamiento de la hipertensión arterial como monoterapia no tiene indicación actual y solo se utilizarán como terapia adyuvante en: pacientes hipertensos con infarto agudo al miocardio, con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca estable”*.

42. Al siguiente día, a las 11:16 horas del 4 de julio de 2022, V fue sometido a estudio de tomografía simple de cráneo, atención que estuvo a cargo de PSP3, quien del análisis de las imágenes obtenidas no observó alteraciones en tejidos blandos ni estructuras óseas, encontrando el tejido encefálico sin modificaciones en su morfología, lo que hizo que la médica concluyera con datos de disminución del volumen cerebral; es decir, descartó la presencia de una hemorragia cerebral.

43. Más tarde en la misma fecha, V continuó recibiendo atención en el servicio de Urgencias, por parte de AR3, quien encontró al paciente en ayuno, con escala de coma de Glasgow de 14 puntos y funciones mentales no valorables, campos pulmonares, ruidos cardíacos y de abdomen sin alteraciones; procediendo a toma de signos vitales en los que reportó 110 latidos por minuto.

44. Además, AR3 registró los resultados que arrojó el estudio de tomografía que le fue practicado, así como los laboratorios del día anterior con glucosa 122 mg/dl, creatinina 1.18 mg/dl (calores normales 0.70-1.30), sodio 151 mEq (valores normales 135-145 mEq/L), potasio 3.61 mEq/L (valores normales 3.5-5.5), AST (aspartato amino transferasa) 77 (valores normales 16-37 U/L), ALT (alanino aminotransferasa) 75 (valores normales 30-65 U/L), CPK (creatinin-fosfocinasa) 168

U/L (valores normales 39-348 U/L), derivado de lo cual, advirtió hiperglucemia, persistencia de hipernatremia, aumento de AST y ALT indicativos de alteración de la función hepática o por otras causas.

45. Sumado a ello, AR3 reportó que del electrocardiograma realizado a V se observó arrítmico con fibrilación auricular, estableciendo los diagnósticos de *“desequilibrio hidroelectrolítico de tipo hipernatremia severa, fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida, deterioro neurológico agudo, encefalopatía metabólica”*, señalando al paciente como grave y solicitando su ingreso a piso de Medicina Interna con alto riesgo de complicaciones, informando de ello a sus familiares; actuación que en conjunto, de acuerdo a lo manifestado por la especialista de este Organismo Nacional, fue acorde a lo previsto por la Ley General de Salud, al Reglamento de la LGS y al Reglamento IMSS.

46. Ahora bien, en hoja de indicaciones médicas del mismo 4 de julio de 2022, se observó la prescripción de solución salina al 0.45%, con 500 ml por 12 horas, glicemia capilar cada seis horas, metoprolol de 50mg cada 12 horas, cuidados de enfermería y medidas generales, además de solicitarse camilla con barandales en alto. Por su parte, durante el turno vespertino, personal de enfermería indicó administración de insulina de acción rápida dependiendo las cifras de glucosa que V presentara.

47. No obstante, no pasa desapercibido para este Organismo Nacional que en dicha hoja de indicaciones no se especificó la cantidad de infusión de líquidos que debía suministrarse a V, ello en virtud de que la literatura médica especializada refiere necesario calcular la cantidad de líquido que se necesita ministrar por hora de acuerdo a los niveles de sodio, al igual que sugiera realizar cálculos con base al sodio urinario, sin que se advierte que dicho estudio se haya solicitado a su ingreso al HGZMF No. 29 o bien durante su estancia intrahospitalaria, por lo tanto, el manejo

de la hipernatremia que mostraba V por parte de AR3 no fue acorde a lo referido en la GPC-Tratamiento de Hipernatremia.³⁰

48. Asimismo, la especialista de esta Comisión Nacional abundó que la médica tratante antes señalada, clasificó la hipernatremia de V como severa; sin embargo, de acuerdo a lo señalado por la GPC-Tratamiento de Hipernatremia, ello no correspondía a los indicios presentados por V en ese momento, sumado a que no realizó cambios en el manejo establecido desde su ingreso, al descartar la hemorragia intracerebral y la identificación de alteraciones del ritmo cardíaco, tampoco solicitó la valoración especializada por el servicio de Neurología y/o Cardiología, con independencia de haber requerido su ingreso a Medicina Interna, lo que incumple lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de la LGS, el cual prevé que *“Las actividades de atención médica son: [...] II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y [...] IV.- PALIATIVAS: Que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo multidisciplinario”*.

49. Un día después, el 5 de julio de 2022, V fue atendido por AR4, quien lo encontró desorientado en tiempo, lugar y espacio, con moderado estado de hidratación, ruidos cardíacos, sistema respiratorio, abdomen y extremidades sin alteraciones, refiriendo resultado de prueba SARS-COV2 como negativa, así como, resultados de análisis de sangre con sodio de 151 mEq/L, osmolaridad 308 (valores normales 275-295 mOsm/kg), donde se observó persistencia de hipernatremia y alta osmolaridad; no obstante, lo mantuvo con el mismo manejo.

³⁰ Además de reponer el déficit de líquido obtenido por la fórmula se debe reemplazar obligatoriamente: Las pérdidas de líquidos por la respiración y sudor, las cuales son aproximadamente 30 a 40 ml/hora; las pérdidas urinarias y/o gastrointestinales que tengan concentraciones de sodio más potasio debajo la concentración de sodio sérico.

50. Tocante a ello, la médica de este Organismo Nacional manifestó que el resultado de concentración de sodio a las 11:52 horas con niveles de 152.80 mEq/L reafirmó que el manejo de la hipernatremia en V no fue el adecuado, pues los niveles de sodio contrarios a disminuir aumentaron 1 mEq/L en un día, además AR4 omitió solicitar valoración especializada por Medicina Interna o Neurología para ajustes en el tratamiento.

51. De conformidad con lo establecido por la SCJN, el personal médico en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, en donde si bien es cierto, no garantiza la curación de un enfermo, sí debe hacer uso de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Así, el Máximo Tribunal refiere que *“En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible”*.³¹

52. Por tanto, al efectuar una clasificación inadecuada de la hipernatremia que presentó V, al omitir realizar cambios en el manejo establecido desde su ingreso, descartando la hemorragia intracerebral y la identificación de alteraciones del ritmo cardiaco, sin solicitar la valoración especializada por el servicio de Neurología, Cardiología y/o Medicina Interna para ajustes en su tratamiento, se concluye que la atención brindada por AR2, AR3 y AR4 trastocó lo establecido en el numeral 9 de la Ley General de Salud, el cual refiere que *“La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”*, vulnerando el derecho a la protección de la salud en agravio de V.

³¹ SCJN. Tesis Aislada (Civil). *“ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”*, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 28 de noviembre de 2012. Registro: 2002441.

- **Ingreso de V al servicio de Medicina Interna y atención en el área de Psiquiatría del HGZMF No. 29**

53. Para el 7 de julio de 2022, se observó que V ingresó al área de Medicina Interna del HGZMF No. 29, siendo atendido por AR5, quien lo encontró alerta, cooperador, bradipsíquico (de pensamiento lento), desorientado en tiempo, senil, semihidratado, sin alteraciones de cráneo, cuello con ingurgitación yugular grado II,³² en campos pulmonares auscultó crépitos finos,³³ diseminados sin integrar síndrome pleuropulmonar (sin datos de neumonía), sin alteraciones en extremidades, sonda urinaria con orina concentrada, tal como se advierte en la nota médica respectiva.

54. En su reporte, AR5 indicó que del examen general de orina que le fue practicado a V el 5 de julio de 2022, se obtuvo un pH de 6, leucocitos 0-1, eritrocitos 2-4 por campo, uratos amorfos moderados, es decir, presencia de sangre escasa y células en la vía urinaria que se presentan en la deshidratación (tal como era su caso). Además, agregó que en el electrocardiograma del día anterior, se observó un ritmo no sinusal (anormal), frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, eje normal,³⁴ ausencia de onda P,³⁵ sin datos de isquemia (disminución de la irrigación) o necrosis (zonas de tejido sin vida), onda T negativa en AVL no aplicable en otras derivaciones; tomografía de cráneo con atrofia subcortical.³⁶

55. Igualmente, AR5 analizó los antecedentes de V sobre la discinesia anteroseptal³⁷ y la fibrilación auricular persistente, por lo que determinó que el paciente continuara con manejo antiarrítmico, anti isquemia, solicitando valoración

³² Al colocar al paciente semisentado y exponer una cara lateral del cuello, se observa tensión y visibilidad exagerada de la vena yugular externa, clasificándose como grado II cuando se observa hasta la zona media del cuello.

³³ Ruidos burbujeantes o chasqueantes en el pulmón.

³⁴ Eje eléctrico del corazón, la dirección en que se despolariza.

³⁵ Característica de la fibrilación auricular.

³⁶ Disminución de volumen del tejido cerebral.

³⁷ Mal funcionamiento de la cara anterior del corazón y el tabique o pared que divide los ventrículos.

por el servicio de Cardiología y estableciendo los diagnósticos de *“deterioro neurológico secundario a encefalopatía metabólica, fibrilación auricular paroxística, respuesta ventricular rápida, desequilibrio hidroelectrolítico, hipernatremia leve en tratamiento, Hipertensión Arterial Sistémica, cardiopatía isquémica crónica”*, estimando un pronóstico reservado a evolución, por lo que comentaría dicha situación con el familiar del paciente.

56. Acto seguido, se observó que en la misma fecha personal de enfermería asentó la indicación para que a V se le proporcionara dieta en papilla asistida, solución salina de 0.45% de 500cc para 12 horas, antiinflamatorio (paracetamol), laxante (senósidos), cefalosporina (ceftriaxona), anticoagulante (enoxaparina, apixabán), antihipertensivo (metoprolol y enalapril), así como medicamentos para la próstata (tamsulosina y finasterida) y estatina (atorvastatina).

57. En orden de ideas, de acuerdo a lo señalado por la especialista de este Organismo Nacional, hasta ese momento, el manejo de V en el servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29 resultó acorde a lo establecido en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la LGS, así como, en la GPC-Tromboprofilaxis que señala que *“En pacientes mayores de 75 años se recomienda la anticoagulación oral con AVK (antagonista de la vitamina K) o ACOD (anticoagulantes orales de acción directa)”*; además de lo previsto en la GPC-Tratamiento de Hipertensión, la cual refiere que *“El uso de bloqueadores de receptores B-adrenérgicos en el tratamiento de la hipertensión arterial como monoterapia no tiene indicación actual y solo se utilizarán como terapia adyuvante en: pacientes hipertensos con infarto agudo al miocardio, con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca estable”*.

58. El 8 de julio de 2022, V fue valorado por PSP5, quien mencionó como antecedente ocho años previos, el desarrollo de síncope³⁸ secundario a uso de betabloqueador (metoprolol), encontrando al paciente con frecuencia cardiaca de 60 latidos, estable hemodinámicamente y asintomático a nivel cardiovascular, auscultó soplo sistólico tricúspideo y mitral II/IV (fácilmente audible), analizando los estudios previos y emitiendo los diagnósticos de *“fibrilación auricular paroxística, FV (fibrilación ventricular) media”*, lo cual, de acuerdo a la literatura médica especializada, V probablemente tendría un 3% de riesgo de sufrir un evento hemorrágico cerebral en los siguientes doce meses y entre el 1 y 3% de padecer una hemorragia importante al año.

59. Aunado a ello, PSP5 sugirió continuar con manejo de metoprolol, vigilancia continua y evitar así bradicardia, prescribiendo anticoagulante inhibidor directo del factor Xa (apixabán) y revaloración posterior, actuación acorde a lo manifestado por la GPC-Tromboprofilaxis que señala que *“En pacientes mayores de 75 años se recomienda la anticoagulación oral con AVK (antagonista de la vitamina K) o ACOD (anticoagulantes orales de acción directa)”*.

60. El 9 de julio de 2022, V fue valorado por AR6, quien encontró al paciente inquieto, sin tolerar alimentos, despierto, orientado en tiempo, persona y espacio, con temblores finos de la cabeza y las manos en movimientos finos y gruesos, cavidad oral seca, secreción verde en fondo de las fauces,³⁹ refirió soplo tricúspideo y mitral, tórax sin datos de síndrome pleuropulmonar (sin neumonía), abdomen sin alteraciones y extremidades inferiores con edema leve y dermatitis ocre, señalando que *“actualmente presenta datos de mejoría neurológica, continuando bajo vigilancia neurológica”*.

³⁸ El síncope es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea.

³⁹ Al fondo de la orofaringe o garganta.

61. Sobre ese punto, la especialista de esta Comisión Nacional objetó la narrativa de AR6 respecto a la supuesta mejoría neurológica de V, misma que resultó incongruente con los signos que en ese momento presentaba el paciente tales como inquietud, temblores finos de la cabeza y manos, por lo que, ante esos hallazgos debió solicitar una valoración especializada para su estudio por parte del servicio de Neurología; sin embargo, ello no aconteció, incumpliendo lo previsto en el numeral 48 del Reglamento de la LGS, el cual puntualiza que *“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”*.

62. Por otra parte, el 10 de julio de 2022, V fue atendido por AR7, quien lo encontró con tendencia a la somnolencia, hiporeactivo (baja energía, pasividad), con uso de oxígeno suplementario, monitorizado con respuesta ventricular rápida por fibrilación auricular, saturaciones y tensión arterial adecuada, reportando resultados de examen general de orina del 7 de julio de 2022 con glucosa y cetonas negativas, leucocitos, eritrocitos y bacterias incontables y abundantes, lo que sugería infección urinaria.

63. Ante ello, AR7 suspendió la ministración de metoprolol por antecedente de alergia a pesar de no encontrarse documentado dicho dato, refiriendo que los familiares de V manifestaron su preocupación por la indicación de ese medicamento por lo cual cambió a propanolol de 20mg cada 8 horas, además de disminuir dosis de amiodarona de manera gradual, continuando con soluciones a medio molar, antibiótico y antihipertensivo, reportando al paciente como grave con altas posibilidades complicación por el estado cardiovascular.

64. En ese sentido, de acuerdo a lo puntualizado por la especialista de esta Comisión Nacional, las alteraciones neurológicas que V presentaba hasta ese momento fueron fluctuantes, a pesar de ello, en la valoración realizada por AR7, no

se advierte que dicho facultativo haya realizado un análisis sobre la presencia de somnolencia a pesar de que el día anterior fue reportado con mejoría, ante lo cual, debió solicitar algún estudio de control para monitorizar la hipernatremia y descartar otras sustancias causales de dichas alteraciones, debiendo tomar en cuenta que en los últimos laboratorios de control (los cuales se efectuaron tres días antes) se observó sodio de 160 mEq/L, enfocándose únicamente a la prescripción de antihipertensivos y ajuste de amiodarona.

65. Omisiones que, conforme a lo evidenciado por la especialista de este Organismo Nacional, favorecieron la persistencia de la hipernatremia de V sin manejo adecuado y la no identificación de algún otro cuadro patológico que estuviera ocasionando dichas alteraciones, pasando por alto también, solicitar valoración especializada por parte del servicio de Neurología para un manejo adecuado, lo que incumplió lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“Las actividades de atención médica son: [...] II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”*.

66. Respecto del medicamento denominado metoprolol, la especialista de este Organismo Nacional señaló que se trata de un fármaco betabloqueador en el manejo de la hipertensión en combinación con otros antihipertensivos y en la taquicardia supraventricular, el cual no debe suspenderse de forma abrupta ya que puede ocasionar una angina de pecho o infarto al miocardio; además, sus efectos adversos son variables de una persona a otra, entre los que se incluyen fatiga, mareo, confusión mental, cefalea, insomnio y somnolencia, disnea, bradicardia, palpitaciones, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia arterial periférica, edema periférico, síncope, dolor torácico e hipotensión; por lo que la dosis indicada para el manejo de las arritmias es entre 150 a 300 mg divididos en dos otras tomas diarias hasta un máximo de 300 mg por día, en ese tenor, en el caso de V, su

suspensión repentina fue inadecuada de conformidad con lo establecido en la literatura médica especializada.

67. Tampoco pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que si bien no obra en el expediente clínico de V nota médica correspondiente al 11 de julio de 2022, si lo es el resultado del urocultivo de esa fecha, donde personal del área de Química Farmacéutica reportó el crecimiento de un microorganismo denominado “*Escherichia coli BLEE positivo*”, es decir, una cepa productora de betalactamasas de espectro extendido que la hace multirresistente a los antibióticos como los B-lactámicos, incluyendo las cefalosporinas de amplio espectro (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima), y monobactámicos (aztreonam), es sensible a las cefamicinas (cefotetan, cefoxitina), y carbapenémicos (imipinem, meropenem y ertapenem); siendo una bacteria resistente que se ubica en el intestino humano y se adquiere de manera natural en la comunidad mediante alimentos o contaminación fecal causante de infecciones urinarias repetitivas, y de forma intrahospitalaria en hemocultivos causantes de bacteriemias sobre todo en pacientes inmunosuprimidos.

68. Al día siguiente, el 12 y 13 de julio de 2022, V nuevamente fue atendido por AR5, siendo en esta última que se reportó al paciente reactivo, con eritema en el brazo derecho y edema en el izquierdo, además de describir los resultados del urocultivo, reiniciando la ministración de betabloqueador debido a descontrol en las cifras de frecuencia cardiaca y continuar con infusiones a medio molar.

69. Para el 14 de julio de 2022, AR5 refirió que en su séptimo día de estancia intrahospitalaria, V permanecía con estado de alerta fluctuante, orientado en persona, más no así en tiempo y espacio, con frecuencia cardiaca de 54 latidos por minutos y con sospecha de bradicardia secundaria al uso de metoprolol, por lo que se disminuyó dosis así como de amiodarona y se solicitó nuevo electrocardiograma.

70. Un día después, el 15 de julio de 2022, AR5 reportó a V con disminución de sodio en 149.8 mEq/L, con tendencia a hipotensión pero sin manifestar datos clínicos de bajo gasto, afebril, continuó mismo manejo con esquema antimicrobiano con cefalosporina completo.

71. En ese sentido, la especialista de esta Comisión Nacional advirtió que en los tres días a los que se ha hecho referencia y en los que V recibió atención AR5, a pesar de haber reportado resultados de urocultivo, dicha facultativa no indicó manejo para la bacteria *“Escherichia coli BLEE positivo”* pues era resistente al antibiótico que en ese momento se encontraba prescrito (cefalosporina), en ese sentido, al no proporcionar ajuste al tratamiento de acuerdo a las condiciones del paciente, se incumplió con lo señalado en el artículo 27 de la Ley General de Salud, el cual refiere que *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias”*.

72. Respecto de la atención brindada a V el 16 de julio de 2022, obra registro de enfermería del mismo día, donde se refirió que el paciente se encontraba con escala de coma de Glasgow de 8 puntos,⁴⁰ lo cual sugería la posibilidad de intubación o manejo ventilatorio, fatigado, con múltiples lesiones dérmicas,⁴¹ inquieto, con taquicardia y mal estado de salud.

73. Al día siguiente, V fue valorado por AR8, quien lo reportó con tensión arterial de 105/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18, saturación de oxígeno al 92%, datos considerados dentro de rangos

⁴⁰ Escala para medir el nivel de conciencia.

⁴¹ Aunque no se especifica tipo ni zona.

normales, aunque con tendencia a presión arterial baja y persistencia de taquicardia.

74. El 18 de julio de 2022, V fue atendido nuevamente por AR5 quien continuó con mismo manejo, señalando que de acuerdo a resultados de laboratorio de control, solicitaría interconsulta al servicio de Psiquiatría por *“síndrome confusional”*, reportando al paciente muy delicado con pronóstico reservado.

75. En este punto, la especialista de esta Comisión Nacional advirtió que en el registro de enfermería del 17 de julio de 2022, se reportó que V presentaba *“secreciones orofaríngeas”*, fatiga, con mal estado general, brindando fisioterapia pulmonar, en tanto que, el 18 del mismo mes y año, refirieron escasa respuesta verbal del paciente; por lo que, si bien las notas médicas de esos días no aparecen glosadas en el expediente clínico, también lo es que la situación de las secreciones ya se había referido desde el 9 de julio de 2022, así como, resultados de urocultivo positivo para una bacteria a la que no se le brindó el manejo específico de acuerdo al antibiograma desde el 11 de julio de 2022.

76. De acuerdo al punto de vista de la médica de esta Institución, la omisión en el manejo de la bacteria a la que se ha hecho referencia, favoreció la persistencia y evolución natural de los procesos infecciosos urinario y respiratorio que V presentaba; adicionalmente, tampoco se desprendió que AR5 o AR8 hayan solicitado estudios de laboratorio de control para determinar la presencia de sodio u otras sustancias que pudieran justificar las alteraciones metabólicas del paciente, así como, la toma de una radiografía de tórax con el objeto de detectar presencia de secreciones y/o descartar alguna alteración pulmonar, contraviniendo lo establecido en el numeral 7 del Reglamento IMSS, el cual dispone que *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”*.

77. El mismo 18 de julio de 2022, V fue atendido por PSP5, quien sugirió al servicio tratante valorar la presencia de alguna causa descompensadora de la función cardiaca debido a leucocitosis (en valores de 11,370) y neutrofilia sugerentes de sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, anemia u otros factores que pudieran condicionar el descontrol de la frecuencia cardiaca, continuando con metoprolol y ajustando dosis de respuesta, manejo que fue acorde a lo establecido en la Ley General de Salud y al Reglamento de la LGS, al haberse sugerido la búsqueda de alguna entidad sistémica desencadenante de la alteración cardiaca que en ese momento presentaba el paciente.

78. Para el día siguiente, V fue valorado nuevamente por AR5, quien lo encontró desorientado, pálido, con crépitos finos en ambas regiones basales,⁴² sin integrar síndrome pleuropulmonar (sin neumonía), reportando resultados de laboratorio que le fueron practicados un día antes y en los que se encontraron resultados de glucosa 110 mg/dl, urea 132 mg/dl, creatinina 1.23 mg/dl, sodio 146 mEq/L, leucocitosis 11,370, Hb 16 mg/dl, plaquetas 81,000.

79. Asimismo, en la referida valoración, AR5 observó en los resultados de V una disminución significativa de sodio casi a niveles normales, trombocitopenia⁴³ moderada, así como leucocitosis por lo que la médico no descartó la presencia de infección asociada a cuidados de la salud ya que el paciente estaba postrado, con poca o nula movilización, indicando la ministración de nitrofurantoina por antecedente de infección urinaria y reporte de urocultivo, destacando que hasta ese momento se solicitó una radiografía de tórax para descartar infección en vías respiratorias inferiores, así como valoración por Psiquiatría por síndrome confusional, reportando al agraviado como grave no exento de mayores

⁴² Ruidos burbujeantes en pulmones.

⁴³ La trombocitopenia es una afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo. Las plaquetas son unas diminutas células sanguíneas que se producen en la médula ósea a partir de células más grandes. Cuando uno se lesiona, las plaquetas se agrupan y forman un tapón para sellar la herida.

complicaciones intrahospitalarias, estimando pronóstico reservado y brindando a familiares informes en torno a su situación.

80. En este sentido, la especialista de este Organismo Nacional abundó que si bien se inició manejo de la infección urinaria de V, dicho acto no fue oportuno, pues los resultados del urocultivo fueron liberados desde el 11 de julio de 2022, es decir, ocho días antes, además de advertirse que el microorganismo ya era resistente al medicamento prescrito en esos días.

81. Igualmente, la radiografía de tórax ordenada a V, se solicitó dos días posteriores al inicio de secreciones orofaríngeas, mismas que se habían reportado ya por personal de enfermería, por lo cual, a consideración de la médica de esta Comisión Nacional, ambas omisiones son atribuibles a AR5, al no indicar el manejo necesario y oportuno para los padecimientos del paciente, lo que favoreció la persistencia y evolución natural del proceso infecciosos urinario y respiratorio, lo que condujo a su vez al deterioro en la salud de V, adicional a que, se requirió valoración por parte del servicio de Psiquiatría sin considerar su condición de paciente adulto mayor de edad y la fluctuación del estado neurológico, lo que ameritaba la valoración de otros servicio especializados tales como Geriatría o Neurología.

82. El mismo 19 de julio de 2022, V fue examinado por AR9, quien dentro de los antecedentes observados en el paciente, describió la presencia de crisis convulsivas parciales bajo tratamiento con CBZ (carbamazepina), vejiga hiperactiva,⁴⁴ trombocitopenia, insomnio crónico y depresión mayor. Además, lo encontró con pobre atención y concentración, consciencia con fluctuaciones, por breves momentos despierto, lenguaje verbal en tono bajo, concreto y simple, entendiendo poco su lenguaje el cual era con incongruencias, desorientado en

⁴⁴ Se dice que una vejiga es hiperactiva cuando expulsa orina en el momento equivocado.

tiempo y lugar, con falla de memoria, hipocinético (con pocos movimientos), hipotímico.⁴⁵

83. En ese tenor, AR9 estableció el diagnóstico de “*delirium*”, debido a enfermedad médica; que por sus múltiples patologías, incluyendo la arritmia, sugirió mantenerlo en observación sin psicofármacos y solo indicar benzodiacepina a base de clonazepam en caso de agitación psicomotora.

84. Bajo ese panorama, para la especialista de esta Comisión Nacional, el manejo del padecimiento observado en V por parte de AR9 fue acorde a lo establecido en la GPC-Tratamiento del Delirium, la cual refiere que *“El tratamiento farmacológico del delirium debe reservarse para pacientes en las siguientes circunstancias: agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud, agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales”*.

85. Cabe señalar que el mismo 19 de julio, en el registro de enfermería, AR10 y algunos otros de los que no se observan sus datos por ser ilegibles, registraron la presencia de tos esporádica, con riesgo de broncoespasmo, mal manejo de secreciones, brindando terapia pulmonar.

86. No obstante, a pesar del análisis de las circunstancias en las que se encontró V, AR9 no sugirió alguna valoración multidisciplinaria o especializada por el servicio de Neurología o Geriátrica y con ello mejorar las condiciones de sobrevivencia del paciente, pues hasta ese momento, los niveles de sodio se encontraban en rangos aceptables lo que suponía que las alteraciones neurológicas ya no tenían origen en un desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que se requería de un manejo multidisciplinario por esas áreas, incumpliendo así con la citada GPC-Tratamiento

⁴⁵ Respuesta emocional disminuida.

del Delirium, en específico respecto a que: *“La intervención en delirium debe de incluir la valoración de un equipo interdisciplinario que esté entrenado y familiarizado con la presentación de delirium (por ejemplo especialista en Geriatría, si se cuenta con el recurso) para orientar las acciones de acuerdo con las necesidades específicas del paciente [...] Se recomienda involucrar en las acciones de prevención y manejo a los familiares, amigos y cuidadores del paciente”.*

87. Sobre el particular, en México la Ley DPAM considera como personas adultas mayores a aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Tienen entre otros, derecho a la integridad, dignidad y preferencia, mediante una calidad de vida; al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que las leyes consagran a su favor; a una vida libre sin violencia; al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual; a recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales; a vivir en entornos seguros dignos y decorosos.

88. En tanto, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁴⁶ señala que *“La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental”.*

89. Sumado a ello, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas adultas mayores. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven

⁴⁶ OEA. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación; si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, si podía ser utilizada con carácter orientador. Adicionalmente, a partir del decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

90. De esta manera, si bien es cierto AR9 estableció un tratamiento farmacológico adecuado respecto al “*delirium*” que presentaba V, también lo es que al omitir solicitar una valoración especializada del paciente, desestimó sus necesidades específicas y su condición de adulto mayor, lo que no solo resultó en una atención médica inadecuada que contribuyó al deterioro de su salud, sino que además vulneró lo establecido en los artículos 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como, 17 del Protocolo de San Salvador, en relación con el numeral 18 de la Ley DPAM, el cual menciona que *“Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores: I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud”*.

91. Continuando, el 20 de julio de 2022, V fue atendido de nueva cuenta por AR5, quien lo encontró con signos vitales de tensión arterial 90/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20, temperatura 36.8 grados, saturación de oxígeno al 98%, donde se observó con hipotensión y taquicardia, con estado de alerta fluctuante, mejoría de hidratación de mucosas, ruidos cardiacos arrítmicos.

92. Además, la mencionada facultativa auscultó el tórax de V, advirtiendo murmullo vesicular disminuido en región subescapular derecha, con crépitos finos en ambas regiones basales,⁴⁷ de predominio derecho, extremidades con edema en miembros inferiores y superiores, orina concentrada, lesión por cizallamiento⁴⁸ en región

⁴⁷ Ruidos burbujeantes en pulmón.

⁴⁸ Lesión producida por estiramiento de la piel y músculo sobre una superficie ósea producida al deslizarse en una superficie blanda, por ejemplo cuando el paciente se desliza sobre la cama.

torácica posterior (de la cual no hizo mayor referencia a su etiología o manejo), lesión de aproximadamente cinco centímetros.

93. De igual forma, AR5 reportó que en la radiografía de tórax practicada a V, se evidenció una radio-opacidad homogénea a nivel basal derecho sugerente de neumonía; por la hipotensión ajustó dosis y horarios de administración de antihipertensivos, actualizando diagnósticos de *“infección de vías respiratorias bajas secundaria a cuidados de la salud, desequilibrio hidroelectrolítico con hipernatremia en tratamiento, síndrome confusional agudo de delirio hipoactivo, hipertensión arterial sistémica en tratamiento, hipertensión arterial pulmonar leve e insuficiencia aórtica moderada”*; indicando tratamiento con antibiótico de amplio espectro con carbapenémico, nebulizaciones, mucolítico, fisioterapia pulmonar y movilización del paciente, enterando de ello a sus familiares.

94. En torno a lo descrito en párrafos previos, la especialista de esta Comisión Nacional precisó que AR5, AR6, AR7 y AR8, adscritos al servicio de Medicina Interna, desestimaron la presencia de secreciones verdes en orofaringe y tos por parte de V, reportados por personal de enfermería días previos, indicando antibiótico con carbapenémicos para la infección pulmonar tres días posteriores al inicio de dicha sintomatología, a pesar de la sugerencia del servicio de Cardiología para investigar la causa de la leucocitosis advertida desde el 18 de julio de 2022, por lo tanto, el manejo fue inadecuado e inoportuno respecto del tratamiento de dichas afecciones.

95. Sobre el particular, esta Comisión Nacional ha observado con anterioridad que entre los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud, se encuentra la *“falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades”*.⁴⁹

⁴⁹ CNDH. *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, 23 de abril de 2009.

96. Por su parte, la SCJN ha indicado que el personal médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios; agregando que si bien el médico no garantiza la curación del enfermo, sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, con el objeto de llegar a un diagnóstico y prescribir una concreta terapia.⁵⁰

97. Consecuentemente, AR5, AR6, AR7 y AR8, del servicio de Medicina Interna, así como, AR9 del área de Psiquiatría, todos adscritos al HGZMF No. 29, trasgredieron lo establecido en los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II, 51 y 77 bis 37, fracción II de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la LGS y; 7 del Reglamento IMSS que, en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V.

B. Violación al derecho a la vida en agravio de V.

98. La CrIDH ha señalado que el derecho a la vida se halla directa e indirectamente vinculado con la atención a la salud humana.⁵¹ Asimismo, dicha Corte ha precisado que se trata de un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos; por lo cual,

⁵⁰ SCJN. Tesis Aislada (Civil). “ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 28 de noviembre de 2012. Registro: 2002441.

⁵¹ CrIDH. “Caso Vera Vera y otras vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho.⁵²

99. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son 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, y el artículo 29 de la CPEUM, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

100. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: la obligación del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria (deber negativo), así como adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen (deber positivo).

101. Con motivo del análisis de las constancias que integran el expediente clínico de V, la especialista de esta Comisión Nacional observó nota médica elaborada el 21 de julio de 2022 por PSP4, quien refirió que previamente personal de enfermería reportó al paciente con ausencia de signos vitales, por lo cual, dicha facultativa inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada por cinco ciclos, aplicando 3 dosis de adrenalina sin retorno a la circulación espontánea, por lo que estableció hora de defunción a las 23:00 horas del 20 de julio de 2022, con los diagnósticos de *“choque séptico dos horas de evolución, neumonía bacteriana no especificada de*

⁵² CrIDH. *“Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 145.

24 horas, enfermedad isquémica crónica del corazón no especificada de 11 años, hipertensión esencial 15 años”.

102. En el informe rendido por el IMSS a este Organismo Nacional el 13 de febrero de 2023, la Jefa del Servicio de Medicina Interna abundó que *“solo se ingresan a hospitalización aquellos pacientes graves potencialmente complicables, y de estas complicaciones se incluye la muerte, situación presente en este paciente, derivado de la edad [...] multipatología: Hipertensión Arterial Sistémica, infecciones de vías urinarias y de vías respiratorias [...] cardiopatía isquémica crónica”.*

103. Sobre este punto, la especialista de esta Comisión Nacional señaló que si bien es cierto la afección cardiovascular y la edad extrema de V ensombrecían el pronóstico de cualquier alteración en la salud del paciente, también lo es que el IMSS cuenta con programas e intervenciones de otros servicios, como lo es el de Geriátría para dar atención multidisciplinaria al adulto mayor, ya sea de manera ambulatoria u hospitalaria, a pesar de ello, no se observa documental que permita corroborar que en el presente caso se haya solicitado en el HGZMF No. 29 u otra unidad en caso de no contar con el recurso, la intervención de dicha especialidad para la valoración del agraviado.

104. La GPC-Rehabilitación Temprana sugiere, por ejemplo, la aplicación del índice de Barthel y de Katz para determinar el grado de dependencia del adulto mayor para sus actividades diarias, los cuales no se realizaron y por tanto, no se tomó en consideración el apoyo que requería V de su familiar para permitir su asistencia, sin dejar de lado las funciones propias del personal de enfermería, que se traduciría en una mejor vigilancia y cuidado del paciente.

105. En el mismo sentido, la GPC-Síndrome de Fragilidad describe este síndrome geriátrico como una disminución de la reserva fisiológica y menor resistencia al estrés que condicionan una vulnerabilidad a los eventos adversos, asociada al

proceso de envejecimiento; por lo que basta una evaluación detallada de las condiciones generales del paciente y los factores de riesgo que presenta para poder determinar sus necesidades y en caso de hospitalización, realizar las intervenciones necesarias para su cuidado y evitar complicaciones, que en el caso de V, no se efectuaron, pues el manejo médico se enfocó a la entidad cardiovascular y no de manera integral a las alteraciones neurológicas, urinarias y respiratorias desarrolladas durante su estancia en el HGZMF No. 29, así como, de sus circunstancias propias de persona adulta mayor.

106. De igual manera, el desarrollo de la neumonía puede ser inherente a la estancia intrahospitalaria de más de 48 horas, sin embargo, aunque no se cuenta con un cultivo que confirme el agente etiológico y poder establecer que se trató de un microorganismo de origen intrahospitalario, la estancia de V de 17 días en el HGZMF No. 29, el cuadro clínico caracterizado por síntomas respiratorios como tos y secreciones orofaríngeas, crépitos basales, las alteraciones en la radiografía de tórax como opacidades bilaterales y leucocitosis (todos ausentes a su ingreso), permiten establecer que no se efectuaron las medidas de prevención necesarias para evitar una infección nosocomial, desde la evaluación integral de V, paciente adulto mayor, considerando su situación de vulnerabilidad en razón de su edad, otorgando un tratamiento antimicrobiano para infecciones que pueden ocasionar la diseminación del agente etiológico.

107. La especialista de este Organismo Nacional también puntualizó que la omisión del personal médico para impedir la transmisión de microorganismos de una persona a otra (aislamiento preventivo o de contacto con personas infectadas), evitando aspiración repetida de secreciones orofaríngeas (mediante movilización, fisioterapias, nebulizaciones, aspirado gentil), favoreció la evolución natural de los procesos infecciosos urinario y respiratorio de V, condicionando el rápido deterioro de su salud hasta su fallecimiento.

108. Derivado de lo antes mencionado, la médica de este Organismo Nacional concluyó que al omitir realizar cambios en el manejo establecido desde su ingreso, descartando la hemorragia intracerebral y la identificación de alteraciones del ritmo cardiaco, sin solicitar la valoración especializada por el servicio de Neurología, omisiones atribuibles a AR2, AR3 y AR4; sumado a aquellas realizadas por AR5, AR6, AR7 y AR8 quienes desestimaron la presencia de signos de neumonía nosocomial de V, aunado al manejo inadecuado e inoportuno respecto del tratamiento de dichas afecciones, así como de la falta de diligencia de AR9 para solicitar una valoración especializada y multidisciplinaria por el área de Geriátrica, favorecieron en su conjunto, la evolución natural de los procesos infecciosos —urinario y respiratorio—, hasta el desarrollo de choque séptico, siendo ésta la causa del fallecimiento del paciente.

109. En ese sentido, el personal médico al que se ha hecho referencia incumplió lo previsto en el artículo 1º, párrafo primero y 29 de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en relación con el diverso 7º del Reglamento IMSS; al haber omitido adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de V.

C. Violación al derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, QVI y PVI.

110. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “*comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”.

111. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29, esta Comisión Nacional consideró que “[...] *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico*”.⁵³

112. Por su parte, la CrIDH ha señalado que “*un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades*”.⁵⁴

113. Sumado a ello, dicho Tribunal Interamericano ha descrito que los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.⁵⁵

114. Asimismo, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “[...] *es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a 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 [...]*

⁵³ CNDH. “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, 31 de enero de 2017.

⁵⁴ CrIDH. “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁵⁵ CrIDH. “*Caso I.V. vs Bolivia*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, párrafo 189.

*mediante los cuales se hace constar [...] las [...] intervenciones del personal [...] el estado de salud del paciente [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social”.*⁵⁶

115. En el caso particular, del análisis realizado a las constancias que obran en el expediente clínico de V, la especialista de este Organismo Nacional advirtió que el 3 de julio de 2022, el paciente fue valorado por AR1, quien estableció como diagnóstico de ingreso *“Hipertensión arterial”*, indicando la administración de solución intravenosa y protector gástrico; sin embargo, no se observó hoja de indicaciones médicas glosada a dicho expediente, por lo que no es posible correlacionar el manejo establecido al paciente.

116. Más tarde a las 20:16 horas del mismo día, V fue atendido por AR2, quien refirió necesario la administración de solución salina al 0.45%; sin embargo, tampoco obra hoja de indicaciones médicas, por lo que no es posible establecer si dicha solución fue ajustada como se señaló en la nota médica elaborada por esa facultativa.

117. De igual manera, la especialista de esta Comisión Nacional observó que tampoco se encontraban integradas la nota y hoja de indicaciones médicas del 6 de julio, ni las notas del 11 y 16 del mismo mes, lo cual impidió corroborar y analizar las condiciones clínicas del paciente, omisiones contrarias a la integración adecuada del expediente médico de V, incumpliendo lo señalado en el numeral 5.14 de la NOM-Del Expediente Clínico, el cual refiere que *“El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización. [...] Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención”*.

⁵⁶ NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México, D.F., a 29 de junio de 2012, 0 Introducción, párrafo tercero.

118. Por otro lado, también se desprendió que el 3 de julio de 2022, V fue atendido por AR2, quien consignó la necesidad de ingresar al paciente al servicio de Urgencias con los diagnósticos de *“Encefalopatía metabólica, hipernatremia leve, descartar evento vascular cerebral”*, asentando dicha información en la carta de consentimiento informado de esa misma fecha; sin embargo, se advierte que ésta no se encuentra requisitada adecuadamente, pues solo cuenta con la firma y nombre de la citada facultativa, así como, el del paciente, más no así de su firma, ni de familiar o testigo alguno.

119. De igual manera, no pasa desapercibido para la especialista de esta Comisión Nacional que el 20 de julio de 2022, V había sido reportado con deterioro neurológico y estados de alerta fluctuantes; no obstante ello, en su expediente clínico se encuentran integradas dos cartas de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas consistentes en *“colocación de catéter venoso”* e *“intubación orotraqueal”*, documentos que si bien se trataban de atenciones urgentes, ambos se observan firmados por el paciente, un testigo y por AR11, lo cual genera contradicción pues de haberse encontrado V en las condiciones señaladas, no podía comprender y/o autorizar tales procedimientos.

120. En casos como este, los formatos se rellenan de manera distinta, sea por un familiar o médicos tratantes en caso de urgencia, tal como lo señala el numeral 10.1.18 de la NOM-Del Expediente clínico, el cual refiere que éstas deberán contener como mínimo, *“Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal”*.

121. Por su parte, el numeral 10.1.4 de la referida Norma Oficial prevé que *“En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del [Reglamento de la LGS]”,* precepto que dispone que *“Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”.*

122. Sobre el particular, la SCJN ha establecido que el caso de urgencia que justifica el acto médico a pesar de la ausencia de consentimiento del paciente, es la forma en que el ordenamiento jurídico prepondera la protección de la salud, pero sujetando consecuentemente al médico o diverso profesional médico-sanitario a un estándar más alto para acreditar su debida diligencia médica; por lo que, el facultativo que se encuentre en ese supuesto tendrá que demostrar que esa actuación era imperiosa para la protección de la integridad o vida del paciente y deberá hacerlo en acuerdo con otro profesional médico, asentando sus razones para acreditar el estado de urgencia y detallando toda información relevante en el expediente clínico, bajo su más estricta responsabilidad;⁵⁷ situación que en el presente asunto no aconteció, pues no se desprende documental alguna que permita corroborar que AR11 haya realizado dicho procedimiento o bien, que haya buscado a familiar alguno del paciente para tal efecto, previo a firmar en la carta de consentimiento informado teniendo en cuenta la condición en que se hallaba V.

123. Finalmente, de las constancias que conforman el expediente clínico de V, también se advirtió que en la hoja de indicaciones médicas del 4 de julio de 2022, el nombre de AR12 se encuentra incompleto, así también, en el registro de enfermería del 20 de julio de 2022, únicamente se observa a AR10, más no así, el

⁵⁷ SCJN. Tesis Aislada (Constitucional). *“CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. JUSTIFICACIÓN DE SU SUPUESTO DE EXCEPCIÓN”*, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, julio de 2016. Registro: 2012106.

nombre completo del resto de personal que atendió al paciente, situaciones que trasgredieron lo dispuesto en el numeral 5.10 de la multicitada NOM-Del Expediente clínico, el cual precisa que *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”*.

124. Por lo tanto, este Organismo Nacional considera que las omisiones antes descritas y en las que intervinieron AR1, AR2, AR10, AR11 y AR12, así como, el personal de enfermería que atendió a V el 20 de julio, trastocaron el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, QVI y PVI.

D. RESPONSABILIDAD.

D.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

125. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”*.

126. 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.

127. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el derecho de la salud se rige por diversos principios y normas rigurosas que incluyen, entre otros, la “*Calidad*”, entendiéndose que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, por lo que se requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.⁵⁸

128. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica y en consecuencia derivado de la interdependencia de los derechos, a la vida de V, a quien con sus actos y omisiones no garantizaron el grado máximo de salud posible.

129. Asimismo, se acreditó que AR1, AR2, AR10, AR11 y AR12, al igual que el resto de personal de enfermería que atendió al paciente el 20 de julio de 2022, trastocaron el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, así como de QVI y de PVI, al contravenir los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico.

130. Finalmente, cabe señalar que toda persona servidora pública debe proceder con apego a los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en la administración pública, y tienen la obligación de cumplir con diligencia el

⁵⁸ ONU. Consejo Económico y Social. Observación General No. 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, 11 de agosto de 2022, pág. 4.

servicio que le sea encomendado, absteniéndose de cualquier acto u omisión que cause la suspensión total, parcial o la deficiencia de dicho servicio, tal como se prevé en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en relación con los artículos 108 y 109 de la CPEUM.

131. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la CPEUM; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia administrativa en el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO.

132. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad 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 evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se

hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

133. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, II y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracción I, 73, fracción V, 74, fracción VIII, 75 fracción IV, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y párrafo primero, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V, QVI y PVI, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

134. 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”*, en su conjunto consideran 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, indemnización, 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.

135. Al respecto, la CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende

diversos “*modos específicos*” de reparar que “*varían según la lesión producida.*”⁵⁹ En este sentido, dispone que “*las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas*”.⁶⁰

136. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios.

a) Medidas de Rehabilitación

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

138. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QVI y a PVI atención psicológica y tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

139. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en las instalaciones del IMSS más accesibles para las víctimas indirectas, con su

⁵⁹ CrIDH. “*Caso Garide y Gaigoria vs. Argentina*”, Sentencia de 27 de agosto de 1998, Reparaciones y Costas, párr. 41

⁶⁰ CrIDH. “*Caso Carpio Nicolle y otras vs. Guatemala*”, Sentencia de 22 de noviembre de 2004, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 69.

consentimiento e información previa, clara, suficiente, proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio, lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

140. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, 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*”.⁶¹

141. La compensación deberá otorgarse a QVI y PVI, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos cometida en perjuicio de V, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos y con motivo de su fallecimiento; por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QVI y PVI, así como de V, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI y PVI,

⁶¹ CrIDH. “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello en cumplimiento al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de satisfacción

142. 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.

143. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, además de las omisiones advertidas en la integración del expediente clínico del paciente, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos; enviando las constancias con las que acredite que dichas acciones efectivamente se han realizado; ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

d) Medidas de no repetición

144. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su

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.

145. Por lo anterior, el IMSS deberá 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 y a la vida, basado en el contenido de la GPC-Tratamiento de Hipernatremia, de la GPC-Tratamiento de Hipertensión, de la GPC-Rehabilitación Temprana, de la GPC-Tratamiento del Delirium, de la GPC-Trombopprofilaxis y de la GPC-Síndrome de Fragilidad, el cual deberá ser dirigido a AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, así como al personal médico y de enfermería adscrito al servicio de Urgencias, de Medicina Interna y de Psiquiatría del HGZMF No. 29.

146. Dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y 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 y/o videos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento respecto al numeral cuarto.

147. Asimismo, en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, relacionado con el derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Del Expediente Clínico, el cual será dirigido a AR1, AR2, AR10, AR11 y AR12; dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano

y 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 y/o videos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional los documentos con que acredite el cumplimiento respecto al numeral quinto.

148. De la misma forma, en el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá emitir una circular en el que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, a través de la cual se les instruya a adoptar las medidas efectivas para el debido requisitado de las cartas de consentimiento informado, tomando en cuenta lo señalado en la NOM-Del Expediente Clínico, así como, en la legislación y normatividad aplicable al caso, con el objeto de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente; ello con la finalidad de acreditar el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.

149. Igualmente, en el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico adscrito a los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Psiquiatría del HGZMF No. 29, en la que se les instruya a adoptar las medidas efectivas para que, en casos en los cuales se encuentre involucrado un paciente, persona adulta mayor con condiciones clínicas similares a las que se hallaba V, se lleve a cabo su valoración por parte del servicio de Geriátrica de ese nosocomio o bien, en algún otro hospital en caso de no contar con el recurso, a efecto de que se brinde un tratamiento oportuno por parte de un equipo multidisciplinario en dicha área, tomando en consideración lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de

recepción de la circular, con lo cual se dará cumplimiento al punto recomendatorio séptimo.

150. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, de QVI y de PVI, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV y que, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a las víctimas, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requieran QVI y PVI, por los hechos y las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en las instalaciones del IMSS más accesibles para las víctimas indirectas, con su consentimiento e información previa, clara, suficiente, proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional interponga en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a fin que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto 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; enviando a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado; enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud y a la vida, basado en el contenido de la GPC-Tratamiento de Hipernatremia, de la GPC-Tratamiento de Hipertensión, de la GPC-Rehabilitación Temprana, de la GPC-Tratamiento del Delirium, de la GPC-

Tromboprolifaxis y de la GPC-Síndrome de Fragilidad, el cual deberá ser dirigido a AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, así como al personal médico y de enfermería adscrito al servicio de Urgencias, de Medicina Interna y de Psiquiatría del HGZMF No. 29; debiendo ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y 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 y/o videos; realizado lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. De igual manera, se imparta 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, relacionado con el derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Del Expediente Clínico, el cual será dirigido a AR1, AR2, AR10, AR11 y AR12; debiendo ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y 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 y/o videos; realizado lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que lo acredite.

SEXTA. En el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 29, a través de la cual se les instruya a adoptar las medidas efectivas para el debido requisitado de las cartas de consentimiento informado, tomando en cuenta lo señalado en la NOM-Del Expediente Clínico, así como, en la legislación y

normatividad aplicable al caso, con el objeto de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento, entre ellas, el acuse de recepción de la circular.

SÉPTIMA. En el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico adscrito a los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Psiquiatría del HGZMF No. 29, en la que se les instruya a adoptar las medidas efectivas para que, en casos en los cuales se encuentre involucrado un paciente, persona adulta mayor con condiciones clínicas similares a las que se hallaba V, se lleve a cabo su valoración por parte del servicio de Geriátrica de ese nosocomio o bien, en algún otro hospital en caso de no contar con el recurso en el mismo, a efecto de que se brinde un tratamiento oportuno por parte de un equipo multidisciplinario en dicha área, tomando en consideración lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento, entre ellas, el acuse de recepción de la circular.

OCTAVA. Designe a la persona servidora pública con poder 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.

152. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como el obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras

autoridades competentes, para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

153. 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.

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

155. 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

RARR