

RECOMENDACIÓN NO. 236/2023

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 1 PERTENECIENTE AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.**

Ciudad de México, a 31 de octubre 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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, 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; 128 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2022/10134/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, 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 último párrafo, así como 117 párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

<b>SIGNIFICADO</b>	<b>CLAVE</b>
Victima Directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Residente	PMR

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

<b>NOMBRE</b>	<b>ACRÓNIMO/ ABREVIATURA</b>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Convención Americana
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Hospital General de Regional número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Ciudad de México.	HGR 1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención emitido por el IMSS.	PAM
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

## I. HECHOS

5. El 29 de agosto de 2022, VI1 presentó queja en esta CNDH, toda vez que V ingresó el 7 de julio de 2022 al HGR 1 del IMSS, derivado de tener necrosado<sup>1</sup> el dedo medio de su pie derecho, el 5 de agosto de 2022, el área de Angiología del HGR 1, amputó la pierna derecha de V, debajo de la rodilla, y el día 28 de agosto de 2022, le informaron a VI1 que era necesario realizar una amputación encima de la rodilla, toda vez que la bacteria estaba avanzando.

6. El 30 de agosto de 2022, V presenta infección de muñón, por lo que se propuso por parte de personal de HGR 1 amputación supracondílea<sup>2</sup>, la cual se realizó el 1 de septiembre de 2022, por lo cual se realizaron diversas gestiones por personal de esta Comisión Nacional.

7. El 20 de septiembre de 2022, mediante una comunicación con VI1, se tiene conocimiento del fallecimiento de V, a considerando que fue por negligencia médica del personal del HGR 1.

8. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se dio inicio al expediente **CNDH/5/2022/10134/Q** obteniendo copia del expediente clínico del HGR 1, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

## II. EVIDENCIAS

9. Acta circunstanciada de fecha 29 de agosto de 2022, en la que se presenta la queja por parte de VI1.

---

<sup>1</sup> Muerte de tejidos.

<sup>2</sup> Procedimiento quirúrgico destinado a cortar un miembro pélvico por encima del cóndilo.

**10.** Acta circunstanciada de fecha 20 de septiembre de 2022, en la que se estableció comunicación con VI1, quien informó el fallecimiento de V, por presunta negligencia por parte de personal del HGR 1 del IMSS.

**11.** Acta circunstanciada de fecha 27 de octubre de 2022, en la que se hace constar la recepción del correo electrónico de fecha 27 de octubre de 2022, remitido por el IMSS, en el que adjuntó la siguiente documentación:

**11.1.** Oficio número 37.010212151/309/2022 de fecha 20 de octubre de 2022, suscrito por subdirector médico del HGR 1 del IMSS.

**11.2.** Expediente clínico de V en el que destacan las documentales siguientes:

**11.2.1.** Nota de valoración inicial del Servicio de Urgencias de fecha 7 de julio de 2022, suscrita por la AR1 sin firma y sin cédula profesional

**11.2.2.** Nota de evolución de fecha 08 de julio de 2022 sin nombre de médico.

**11.2.3.** Nota de ingreso a Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 09 de julio de 2022 sin nombre del médico.

**11.2.4.** Nota de evolución de fecha 11 de julio de 2022 suscrita por PMR1.

**11.2.5.** Nota de evolución de fecha 12 de julio de 2022 suscrita por PMR1 sin nombre de médico de base.

**11.2.6.** Nota de evolución de fecha 13 de julio de 2022 suscrita por PMR1.

- 11.2.7.** Nota de evolución de fecha 14 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y AR2, sin firma.
- 11.2.8.** Nota de evolución de fecha 15 de julio de 2022 con ralladuras en el sitio del nombre y firma.
- 11.2.9.** Nota de evolución de fecha 16 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y Subdirector Médico en turno, sin nombre ni firma.
- 11.2.10.** Nota de evolución de fecha 17 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y Subdirector Médico en turno, sin nombre ni firma.
- 11.2.11.** Nota de evolución de fecha 18 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y AR2, sin firma.
- 11.2.12.** Indicaciones médicas de fecha 20 al 23 de julio de 2022. Suscritas por PMR1 y AR2.
- 11.2.13.** Nota de prealta y evolución de fecha 23 de julio de 2022, suscrita por PMR1 y Subdirector Médico en turno sin nombre y firma.
- 11.2.14.** Nota de prealta y evolución de fecha 24 de julio de 2022, suscrita por PMR1 y Subdirector Médico en turno sin nombre y firma.
- 11.2.15.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 25 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y AR2 sin firma.
- 11.2.16.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 26 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y AR2 sin firma.
- 11.2.17.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 27 de julio de 2022 suscrita por PMR1 y AR2 sin firma.

- 11.2.18.** Indicaciones médicas de fechas 28 y 29 de julio de 2022 suscritas por PMR1 y AR4.
- 11.2.19.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 01 de agosto de 2022, suscrita por PMR2 y AR3 sin firma
- 11.2.20.** Indicaciones médicas de fecha 01 de agosto de 2022 suscritas por PMR2 y AR4.
- 11.2.21.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 02 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3 sin firma
- 11.2.22.** Indicaciones médicas de fecha 02 de agosto de 2022 suscritas por PMR2 y AR4.
- 11.2.23.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 03 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3 sin firma
- 11.2.24.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 04 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3 sin firma
- 11.2.25.** Indicaciones médicas de fecha 04 de agosto de 2022 suscritas por PMR2 y AR4.
- 11.2.26.** Nota de Alta Unidad de Cuidados Post anestésicos de fecha 05 de agosto de 2022 suscrito por PSP5.
- 11.2.27.** Carta de consentimiento bajo información para amputación de MPD de fecha 05 de agosto de 2022.

- 11.2.28.** Carta de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas, amputación infra condílea. Sin fecha. suscrita por VI1 y AR3.
- 11.2.29.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 05 de agosto de 2022, sin nombre de médico.
- 11.2.30.** Indicaciones médicas postquirúrgicas de fecha 05 de agosto de 2022 suscritas por Médico Adscrito cuyo nombre es ilegible.
- 11.2.31.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 06 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.32.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 07 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.33.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 08 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.34.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 09 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.35.** Indicaciones Médicas de fecha 09 de agosto de 2022.
- 11.2.36.** Nota de interconsulta de Infectología de fecha 10 de agosto de 2022, nombre, número ilegible y firma.
- 11.2.37.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculuar de fecha 11 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.38.** Indicaciones médicas de fecha 11 de agosto de 2022 suscritas por PMR2 y AR3.



- 11.2.39.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 12 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.40.** Indicaciones médicas de fecha 12 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3.
- 11.2.41.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 13 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.42.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 15 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.43.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 16 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.44.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 17 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.45.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 18 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.46.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 19 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.47.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 20 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.48.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 21 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.49.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 22 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.

- 11.2.50.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 23 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR3, sin firma.
- 11.2.51.** Indicaciones médicas de fecha 23 de agosto de 2022.suscritas por PMR2 y AR3
- 11.2.52.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 25 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR2, sin firma.
- 11.2.53.** Indicaciones médicas de fecha 25 de agosto de 2022 suscritas por PMR2 y AR2.
- 11.2.54.** Carta de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas de fecha 25 de agosto de 2022 suscritas por AR2 y VI1.
- 11.2.55.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 26 de agosto de 2022 sin nombre de persona médica alguna y sin firma.
- 11.2.56.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 27 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR2, sin firma.
- 11.2.57.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 28 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR2, sin firma.
- 11.2.58.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 29 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR2, sin firma.
- 11.2.59.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 30 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR4, sin firma.

- 11.2.60.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 31 de agosto de 2022 suscrita por PMR2 y AR4, sin firma.
- 11.2.61.** Nota de evolución y revisión de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular incompleta de fecha 1 de septiembre de 2022, sin nombre de persona médica alguna y sin firma
- 11.2.62.** Indicaciones médicas de fecha 1 de septiembre de 2022 suscritas por PMR2 y AR2.
- 11.2.63.** Carta de consentimiento bajo información para bloque neuro axial para amputación supracondílea MPD de fecha 1 de septiembre de 2022.
- 11.2.64.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 06 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin identificarse la persona médica respecto a la pertenencia de la firma plasmada y/o rúbrica plasmada
- 11.2.65.** Nota de Infectología de fecha 06 de septiembre de 2022 suscrita por AR5 y PMR4.
- 11.2.66.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 07 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.
- 11.2.67.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 08 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3.
- 11.2.68.** Nota de Angiología y Cirugía Vascul ar de fecha 09 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.

- 11.2.69.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 10 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.
- 11.2.70.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 11 de septiembre de 2022 suscrita por PMR3 sin nombre de médico adscrito y sin firma.
- 11.2.71.** Indicaciones médicas de fecha 11 de septiembre de 2022, suscrita por PMR3 sin nombre de médico adscrito y sin firma
- 11.2.72.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 12 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.
- 11.2.73.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 13 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.
- 11.2.74.** Indicaciones médicas de fecha 13 de septiembre de 2022 suscritas por PMR3 y AR4.
- 11.2.75.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 14 de septiembre de 2022 suscrita por AR4 y PMR3, sin firma.
- 11.2.76.** Indicaciones médicas de fecha 14 de septiembre de 2022 suscritas por PMR3 y AR4.
- 11.2.77.** Registro de proceso de transfusión de fecha 14-15 de septiembre de 2022.
- 11.2.78.** Nota de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 15 de septiembre de 2022 suscrita por PMR3 sin persona médica responsable y sin firma.

- 11.2.79.** Indicaciones médicas de fecha 15 de septiembre de 2022 suscritas por PMR3 y AR4.
- 11.2.80.** Indicaciones médicas de fecha 16 de septiembre de 2022 suscritas por PMR3 sin firma ni nombre del médico adscrito.
- 11.2.81.** Nota de defunción de fecha 17 de septiembre de 2022, suscrita por PSP4.
- 11.2.82.** Certificado de defunción de V.
- 11.2.83.** Carta de consentimiento informado para la transfusión sin fecha.
- 11.2.84.** Informe suscrito por PSP1, subdirector médico del HGR 1 de fecha 20 de octubre de 2022.
- 11.2.85.** Informe suscrito por PSP2, Encargada de la Coordinación vespertina de fecha 20 de octubre de 2022.
- 11.2.86.** Informe suscrito por PSP3, Médico Adscrito a Cirugía General de fecha 20 de octubre de 2022.
- 12.** Opinión médica de fecha 13 de junio de 2023, emitida por personal adscrito a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH, en la cual determinó que la atención brindada a V en el HGR 1 fue inadecuada.
- 13.** Acta circunstanciada de fecha 29 de agosto de 2023, en la que se hace constar comunicación con VI1, quien proporciona los datos de identificación de VI2.

### III. SITUACIÓN JURÍDICA

14. A la fecha de elaboración de esta Recomendación este Organismo Nacional no cuenta con evidencias de que se haya presentado denuncia administrativa o penal por los hechos relacionados con la presente Recomendación.

### IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

15. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2022/10134/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y a la vida por la inadecuada atención médica, y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, atribuibles a personal médico del HGR 1 del IMSS ubicado en la Ciudad de México, bajo las siguientes consideraciones:

#### **A. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA ADULTA MAYOR CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA -DIABETES-)**

16. En la Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe<sup>3</sup>, los Estados firmantes (incluido México), acordaron mejorar el sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas el acceso preferencial a los

---

<sup>3</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe, “Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe”, San José, Costa Rica, 11 de mayo de 2012, pág. 23.

medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de la población.

**17.** El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>4</sup>, refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a las personas funcionarias públicas y a las encargadas de los servicios sociales y de salud, entre otros, que tengan la encomienda de atender y cuidar a personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

**18.** Los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 de Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores, los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, establecen que las personas mayores constituyen un grupo que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, ello en virtud de que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención, siendo estos los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> 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 dicha Convención.

<sup>5</sup> En el mismo sentido se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982, de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada), la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2002, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003, la Declaración de Brasilia en 2007, el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las

**19.** El artículo 17, párrafo primero, inciso a) del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); establece en términos generales, que *toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a. Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada.*

**20.** La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como ... *sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia ... Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos.*<sup>6</sup>

**21.** La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define como vulnerabilidad a aquel estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.<sup>7</sup> A su vez, se afirma que tal condición

---

personas mayores en 2009, la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

<sup>6</sup> CrIDH, "Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile", Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 8 de marzo de 2018, párr.132.

<sup>7</sup> "Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos", A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8.



se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

**22.** La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección<sup>8</sup>, lo cual guarda relación con lo dispuesto por el artículo 5º, fracción III, inciso a) y b) de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual prevé que el derecho humano a la protección de la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, y para ello, deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

**23.** De igual forma, el artículo 6º, fracción I de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores. Además de que toda institución debe proporcionarles atención preferencial, brindar servicios y contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado.

**24.** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación 30/2015, emitida el 31 de agosto de 2015, señaló que: *A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, [define:] Personas adultas mayores: Aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad*; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como *“... aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno,*

---

<sup>8</sup> SCJN, Tesis Constitucional, “ADULTOS MAYORES. AL CONSTITUIR UN GRUPO VULNERABLE MERECE UNA ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO”, Registro 2009452.

*así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.*

**25.** La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud *se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.*

**26.** La ONU define como vulnerabilidad a *aquel estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.*<sup>9</sup> A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

**27.** En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que, *por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.*<sup>10</sup>

**28.** Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de

---

<sup>9</sup> Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 24, 23/2020 párr. 22 y 52/2020 párr.26.

<sup>10</sup> Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria<sup>11</sup>.

**29.** La OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *larga duración y por lo general de progresión lenta*<sup>12</sup>. Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición<sup>13</sup>.

**30.** En el caso de la diabetes es definida como aquella *enfermedad sistémica, crónica-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas*<sup>14</sup>

**31.** El Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, indica que dicho padecimiento *puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía.*<sup>15</sup>

**32.** En ese sentido, la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, afectó otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor y antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución referido sin tratamiento

---

<sup>11</sup> CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28, 52/2020, párr.36 y 46/2021, párr.19.

<sup>12</sup> OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/).

<sup>13</sup> OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, pág. 8.

<sup>14</sup> Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, pág. 6.

farmacológico, específicamente en la omisión de realizar una exploración adecuada a V, además de las contradicciones en los reportes de estado físico durante su estancia hospitalaria con los diagnósticos de pie diabético Texas IID derecho, pie diabético Texas III D, pie diabético Texas III C, enfermedad ateromatosa de la extremidad inferior derecha, choque séptico y discrepancias en la evolución del paciente, ello en razón de su situación de vulnerabilidad, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida.

## **B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

**33.** La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, 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.<sup>16</sup>

**34.** Por su parte el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo por su parte 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”.<sup>17</sup>

**35.** El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, señala que “la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante

---

<sup>16</sup> CNDH, Recomendaciones 43/2022, párr. 25, 40/2022, párr. 34, 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; entre otras.

<sup>17</sup> “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. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”<sup>18</sup>

**36.** La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

**37.** En la Recomendación General 15 emitida por este Organismo Nacional “Sobre el derecho a la protección de la salud” 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”.<sup>19</sup>

**38.** Por su parte, la SCJN en la tesis de jurisprudencia,<sup>20</sup> expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, y para garantizarlos el Estado debe

---

<sup>18</sup> El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.

<sup>19</sup> CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24. del 23 de abril de 2009.

<sup>20</sup> “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

brindarlos con calidad, entendiendo esta como “la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.”

**39.** Ahora bien, para una comprensión integral de este apartado al caso concreto, se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el HGR 1.

### **B.1. Violación al Derecho a la protección de la salud de V en el HGR 1**

**40.** En el caso se advirtió que V, es un paciente adulto mayor al momento de los hechos, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución referido sin tratamiento farmacológico.

**41.** De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se advirtió que, el 7 de julio de 2022, V presentó secreción purulenta<sup>21</sup> en pie derecho por lo que acudió al HGR 1 del IMSS, donde ingresó al Servicio de Urgencias a las 21:41 horas, siendo atendido por AR1, adscrita al Servicio de Urgencias del HGR1, a quien le refirió sus antecedentes médicos, así como la presencia de necrobiosis diabética<sup>22</sup> de miembro pélvico derecho sin tratamiento, lo encontró con signos vitales Tensión Arterial 151/63 mmHg, Frecuencia cardiaca 85, Frecuencia respiratoria 24, temperatura 37.8, es decir hipertensión, polipnea y febrícula, saturación del 95%, despierto, orientado en tiempo, lugar, persona y circunstancia, palidez generalizada de piel y tegumentos, moderado estado de hidratación, sin alteraciones en corazón, pulmones y abdomen, miembro pélvico derecho con aumento de volumen, cambios de coloración, datos de necrosis, secreción purulenta, pulsos disminuidos, sin especificar el grado de edema<sup>23</sup>, la coloración y la zona afectada de necrosis; no obstante, con esos datos lo ingresó a

---

<sup>21</sup> Salida de secreción infectada.

<sup>22</sup> Zonas de coloración rojo marrón en la porción distal de las extremidades inferiores relacionada a la presencia de Diabetes Mellitus de larga evolución.

<sup>23</sup> Hinchazón o aumento de volumen por acumulación de líquido.

hospitalización para protocolo y tratamiento, indicándole ayuno y solución salina intravenosa para ocho horas. La Nota de valoración inicial del Servicio de Urgencias de fecha 7 de julio de 2022 aparece incompleta por lo que no es posible analizar el manejo establecido, además de que no se encuentra anexada la hoja de referencia o envío de la Unidad de Medicina Familiar ni hoja de indicaciones para realizar un análisis detallado del manejo, lo que incumple la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**42.** Al día siguiente, el 8 de julio de 2022, el médico de turno lo refirió con dolor urente<sup>24</sup> a nivel de lesión (sin especificar sitio), con necrosis de 2°, 3° y 4° orjejo y salida de secreción purulenta con dolor a la digitopresión, reportó laboratorios con leucocitos 20.38 mil, Hb 10.3 g/l, plaquetas 486mil, glucosa 355 mg/dl, creatinina 1.34 mg/dl, sodio 141 mEq/L, potasio 5.2 mEq/L, cloro 107 mEq/L, donde se observó leucocitosis, anemia leve, trombocitosis, hiperglucemia indicativo de descontrol glucémico, ligero aumento de creatinina posiblemente por enfermedad renal, con datos de respuesta inflamatoria sistémica aunque ya contaba con dos esquemas de antibiótico, emitió los diagnósticos de necrobiosis diabética, Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y anemia grado II. La nota se encuentra incompleta, sin nombre de médico tratante, tampoco se anexó la hoja de indicaciones por lo que no es posible analizar el manejo y tratamiento establecido en ese momento. La ausencia de documentación constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**43.** El 9 de julio de 2022, V ingresó al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, donde le refirió al médico de turno (sin nombre en nota médica) que inició su padecimiento un mes previo con cambios de coloración en tercer dedo de pie derecho sin acudir a atención médica dejando su libre evolución, progresó a necrosis

---

<sup>24</sup> Quemante.

de 3° y 4° dedo afectando aproximadamente 3cm de la planta del pie inmediatamente inferior a los dedos con salida de material purulento fétido, a la exploración física lo encontró consciente, orientado, neurológicamente íntegro, cardiorrespiratorio y abdomen sin alteraciones, extremidades superiores con integridad arterial y llenado capilar inmediato, extremidad inferior izquierda con integridad arterial con pulso femoral 3/3, tibial posterior 1/3, tibial anterior 1/3; es decir, pulsos disminuidos lo que se traduce como enfermedad arterial a nivel de pierna izquierda, con temperatura adecuada, llenado capilar 2 segundos, fuerza y movilidad conservada y sensibilidad disminuida, la extremidad inferior derecha con pulsos femorales 3/3, pulso poplíteo 3/3, pulso tibial 0/3, pulso pedio 0/3, es decir, no percibió pulso en la cara medial tercio distal de la pierna y en el dorso del pie, lo que indicaba una falta de circulación arterial hasta esa porción de la extremidad sin realizar alguna observación al respecto, no fue referida nuevamente en las notas posteriores y no se observa alguna otra descripción sobre la causa de esa disminución, no realizó una entrevista más amplia a fin de identificar otros signos de enfermedad arterial como el dolor y la claudicación, además encontró fuerza y movilidad conservadas y sensibilidad disminuida, sin tensión de masas musculares ni datos de actividad flebítica, es decir, sin datos de inflamación de las venas de la extremidad, con presencia de necrosis<sup>25</sup> en dedos 3 y 4, así como exudado purulento<sup>26</sup>, inflamación e hiperemia<sup>27</sup> generalizados del pie que afectaba por debajo de los maléolos<sup>28</sup>. Con esos datos emitió diagnóstico de pie diabético Texas IID derecho; es decir, una herida en el pie que afectaba tendón o cápsula articular que se encuentra infectada e isquémica<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Muerte de tejidos.

<sup>26</sup> Salida de secreción infectada.

<sup>27</sup> Aumento de calor local.

<sup>28</sup> Tobillos.

<sup>29</sup> Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.



**44.** La nota se encuentra incompleta, sin nombre del médico tratante, no se encuentra hoja de indicaciones ni nota de evolución del día 10 de julio de 2022 por lo que no es posible analizar el manejo y plan de tratamiento establecido en ese momento, no obstante, constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* y PAM.

**45.** El 11 de julio de 2022, se le refirió al PMR1 (quien atendió a V hasta el 27 de julio de 2022) dolor moderado en el sitio de la infección (dedos del pie derecho) lo encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, afebril, tolerando vía oral, micciones y evacuaciones al corriente, en el pie derecho observó salida de material purulento en el 3er dedo con lesión hasta tejido celular subcutáneo, describió la presencia de pulsos femorales 3/3, pulso poplíteo 3/3, pulso tibial posterior y anterior 2/3, contrario a la valoración del día 9 de julio de 2022 donde el médico de turno del que se desconoce el nombre refirió la ausencia de los mismos, no refirió pulso pedio, que es el más cercano a los dedos del pie, fuerza y movilidad conservadas, sensibilidad disminuida, sin tensión de masas musculares ni datos de actividad febril; es decir, sin datos de inflamación de venas de la extremidad inferior derecha. Analizó que por el momento no ameritaba tratamiento quirúrgico, por lo que se indicó manejo con curaciones y antibiótico terapia, acorde a lo mencionado en la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del pie diabético. No obstante, no se encuentra hoja de indicaciones para poder analizar el manejo farmacológico indicado, lo que constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**46.** El 12 de julio de 2022, PMR1 lo reportó con febrícula por lo que solicitó laboratorios de control, en la radiografía anteroposterior y lateral de pie izquierdo observó compromiso óseo de tercer dedo del pie derecho, al no requerir manejo quirúrgico continuó con curaciones y antibioticoterapia, así como valorar realización

de ultrasonido Doppler<sup>30</sup>, explicó a V y VI1. Es necesario mencionar que en esta y varias notas subsecuentes se refirió la presencia de pico febril, desconociendo las temperaturas registradas ya que no se encuentran integradas al expediente clínico los Registros de Enfermería durante toda su estancia intrahospitalaria, además la hoja de indicaciones de este día no pertenece a V, lo cual incumple con lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, por lo que una vez más no es posible analizar la terapéutica establecida en ese momento.

**47.** El 13 de julio de 2022, PMR1 refirió que el pico febril del día anterior cedió con administración de paracetamol intravenoso, no presentó cambios en su estado general, exploración física y signos vitales dentro de parámetros normales a excepción de temperatura con 37.5 grados es decir, febrícula, en el pie derecho describió salida de material purulento en 3° dedo miembro pélvico con profundidad de la lesión hasta tejido celular subcutáneo<sup>31</sup> que se extendió a parte dorsal adyacente a segundo y primer dedo, realizó curación con concesión de conejera<sup>32</sup> drenando material purulento, analizó que el paciente se encontraba con datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que agregó antibiótico de amplio espectro (meropenem), solicitó estudios de laboratorio para valorar tratamiento quirúrgico, continuó con curaciones, antibioticoterapia e interconsulta a servicio de Clínica de heridas, acorde a la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del pie diabético, así como explicación amplia a familiar y al mismo, emitió un pronóstico reservado; así mismo, no se encuentra solicitud de

---

<sup>30</sup> Tipo de ultrasonido que utiliza ondas sonoras para mostrar qué tan bien circula la sangre a través de sus vasos sanguíneos.

<sup>31</sup> Tejido conectivo laxo que se extiende por debajo de la dermis.

<sup>32</sup> Se conoce como conejera a una tunelización o cavidad en una herida que afecta distintas capas de la piel hasta involucrar tendones, hueso o tejido muscular, son variables en cuanto a etiología, profundidad, tamaño y zona anatómica, siendo las principales heridas cavitadas las de tipo crónico (úlceras por presión, úlceras del pie diabético), quirúrgicas con cicatrización de segunda intención (quistes, abscesos), dehiscencias de heridas (abdominales o torácicas), traumáticas (por asta de toro).

interconsulta, hoja de indicaciones ni registro o nota del servicio interconsultante, lo cual incumple con NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**48.** V se mantuvo sin cambios en sus condiciones clínicas, aunque persistió con febrícula durante los siguientes cuatro días, el 15 de julio de 2022, PMR1 reportó antibioticoterapia con medicamentos carbapenámicos no efectivos debido al desabasto de los mismos en la unidad médica, lo que incumple con el RLGsy Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, pues al no proporcionar los medicamentos necesarios al paciente se favoreció la no curación y recuperación del proceso infeccioso, así como la resistencia bacteriana. Además, una de las notas médicas se encuentra tachada sobre el nombre del médico y no se encuentra hoja de indicaciones, lo cual constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**49.** El 18 de julio de 2022 se realizó lavado y desbridación con bloqueo tibial anterior y tibial posterior; desconociéndose quién lo realizó, así como los hallazgos y el estado final de la herida posterior al procedimiento; además, no se encuentran notas médicas de los días 20, 21 y 22 de julio de 2022, por lo que también se desconoce la evolución y condiciones clínicas en esos días, no obstante, constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* y del PAM. Se observan indicaciones médicas de los días referidos donde puede advertirse la prescripción de dieta para diabético, solución Hartmann, antibiótico (meropenem), anticoagulante (enoxaparina), analgésico opioide (buprenorfina), antipirético (paracetamol), destrostix (glucosa capilar) por turno con esquema de insulina rápida dependiendo cifras de glucemia, signos vitales, cuidados de enfermería, vigilancia del dolor, curva térmica, vigilar datos de deterioro hemodinámico y reportar eventualidades, el 23 de julio de 2022, se solicitó nueva radiografía y cultivo para dirigir tratamiento. El 24 de julio de 2022, PMR1 reportó resultados de laboratorio con Hb 8.3 g/l, Hto 27 L/L, plaquetas 781 mil (valores normales 125-300 mil), leucocitos

15 mil, TP 17.5 segundos, TTP 30.5, INR 1.36, es decir, anemia moderada, trombocitosis, leucocitosis y tiempos de coagulación prolongados, con lo que se observa continuaba con proceso infeccioso e inflamatorio, ajustó diagnóstico a pie diabético Texas III D, es decir, con herida que penetraba hueso o articulación infectada o isquémica a pesar de no contar con radiografía del pie y sin alguna referencia al manejo para la isquemia.

**50.** A partir del día 25 de julio de 2022, V presentó evacuaciones en número de 3 con escala de Bristol 5<sup>33</sup>, PMR1 al realizar curación del pie derecho observó aparición de escara necrótica<sup>34</sup> en la herida con sangrado en su borde, tomó muestra para cultivo por pobre respuesta a tratamiento antibiótico instaurado, lo reportó afebril sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, lo que resulta desacertado pues se consideran datos de esa entidad el aumento de temperatura corporal y leucocitosis persistentes en el paciente, en la radiografía no observó datos de osteomielitis<sup>35</sup> o compromiso óseo lo que resulta contrario a lo referido 13 días previos incluso con el ajuste diagnóstico realizado el día anterior donde la clasificación pie diabético Texas III D presenta afección ósea. Por la evolución tórpida<sup>36</sup> no descartó la realización de amputación infracondilea<sup>37</sup> de la extremidad inferior derecha con explicación a paciente y familiar sobre las posibilidades de manejo.

**51.** El 26 de julio de 2022, V cursó con fiebre de 38.6 grados y persistencia de evacuaciones pastosas, en el pie derecho, PMR1 refirió que la infección de la región plantar derecha se extendió a región interdigital de primer y tercer dedo, los resultados de laboratorio del 25 de julio de 2022 reportaron leucocitos de 24,970, donde se observó incremento respecto a los estudios de dos días previos, con

---

<sup>33</sup> Es una tabla visual y descriptiva para clasificar las heces de acuerdo con 7 tipos, desde el estreñimiento hasta la diarrea, un tipo 5 es consistencia pastosa y se consideran ideales.

<sup>34</sup> Costra oscura, debida a gangrena o quemadura.

<sup>35</sup> Infección en los huesos

<sup>36</sup> Evolución dificultosa, con frecuencia lenta y habitualmente con pobres o malos resultados.

<sup>37</sup> Amputación por debajo de la rodilla.

evolución tórpida y datos de respuesta inflamatoria sistémica (presentes desde su ingreso y que ha negado de manera alterna en las notas médicas) por lo que planteó amputación si no respondía al tratamiento en cama, retiró carbapenémico (meropenem) y lo cambió por nitroimidazol (metronidazol), solicitó toxinas AB<sup>38</sup> y estudio coprológico<sup>39</sup> en espera de resultados de cultivos, explicó a V y acompañante sobre plan de manejo, con relación al manejo anterior, no se encuentran registros de enfermería para correlacionar las características y número de evacuaciones presentes en el paciente, las notas resultan poco específicas al detallar el probable padecimiento ya que el nivel 5 de Bristol se considera normal; no obstante, la solicitud de toxinas AB para su estudio fue adecuado.

**52.** El 27 de julio de 2022 se mantuvo con registros mayores a 37 grados (febrícula) con mismas condiciones clínicas generales, en pie derecho y evacuaciones. Por su parte, no se encuentran las notas médicas de los días 28, 29, 30 y 31 de julio de 2022, por lo que no es posible analizar la evolución y manejo del paciente, además la hoja de indicaciones del día 29 de julio no corresponde al paciente, dichas situaciones constituyen una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*. La especialista de esta Comisión Nacional, señala que se encuentran agregadas las hojas de indicaciones de los días 28 y 29 de julio de 2022 donde se observan las mismas prescripciones de los días anteriores siendo relevante mencionar que según lo establecido en las notas, el antibiótico de amplio espectro (meropenem) se había suspendido por las evacuaciones diarreicas, ante la ausencia de los registros de enfermería, sin embargo, no es posible establecer su suspensión o administración real.

---

<sup>38</sup> Estudio en heces fecales para identificación de *Clostridium difficile*, bacteria principal en el desarrollo de la diarrea y colitis relacionada al uso de antibióticos.

<sup>39</sup> Estudio de heces fecales.

**53.** En este punto, no pasa desapercibido a la persona especialista de esta CNDH, que las notas médicas realizadas en fechas 11 al 27 de julio de 2022, se encuentran firmadas solo por PMR1, en algunas se encuentra anotado el nombre de un médico adscrito sin su firma y en otras la leyenda “sin médico adscrito” o “Subdirector médico en turno”, lo que evidencia que en diversas ocasiones no se encontró un médico (titular, jefe de servicio o adscrito) supervisando las revisiones, conclusiones diagnósticas y redacciones del médico en formación, lo cual contraviene a lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012, *Educación en Salud, Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas*.

**54.** Si bien es cierto no es posible establecer el grado de influencia de la falta de supervisión en el manejo del paciente, pues como se comentó previamente, la ausencia de diversas notas médicas, indicaciones y registros de enfermería impiden correlacionar de manera adecuada el efecto y consecuencia de lo anotado en el expediente clínico; también lo es que hasta el momento se han observado contradicciones en los reportes del estado físico del paciente al referirlo con y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica de forma alternada cuando desde su ingreso presentó fiebre, febrícula y leucocitosis sin mejoría, así como expansión de tejido infectado en el pie derecho hasta el dorso del mismo, lesión ósea a su ingreso que no requirió manejo y su aparente resolución trece días después (a pesar de la referencia a esquema antibiótico inefectivo) las deficiencias en la exploración física de la extremidad no fueron claras al establecer la etiología de la úlcera mediante una exploración detallada de las extremidades para confirmar la estenosis arterial como presencia de soplos, índice brazo-tobillo y claudicación, ausencia de pulsos a su ingreso y posterior aparición de estos pero disminuidos, hasta ese momento no contaba con ultrasonido Doppler para verificar la disminución o ausencia de circulación arterial que ensombreciera el pronóstico del paciente o la presencia de otras alteraciones en tejidos blandos y a pesar de ello consideraron como única alternativa la amputación sin contemplar la posibilidad de reperfusión de la

extremidad como manejo inicial o las que fueran necesarias por lo que el personal médico del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard involucrados incumplieron con lo referido en la *Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores*, sin contar con la evidencia documental suficiente que muestre un adecuado control glucémico y manejo del resto de alteraciones de laboratorio que los demás parámetros de laboratorio para un mejor pronóstico del paciente.

**55.** Además, no se investigó el origen de la anemia de V y como consecuencia no se le otorgó manejo, considerando este Organismo Nacional que el estado nutricional es relevante para la curación de las heridas, y ante la posibilidad de manejo quirúrgico, debió corregirse o investigar el origen de esta, situación que no ocurrió.

**56.** Con lo mencionado, se puede establecer que durante la estancia hospitalaria del agraviado se generó una evaluación, revisiones clínicas y manejo deficiente no supervisado por personal adscrito al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard ya referido quienes incumplieron con la NOM-001-SSA3-2012, *Educación de Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*, como ya se ha mencionado, con la *Guía de Práctica Clínica, Manejo hemático del paciente* que refiere: "...la presencia de anemia perioperatoria aumenta el riesgo de complicaciones como lesión renal aguda, infecciones nosocomiales, eventos isquémicos peroperatorios, entre otras...cuando la anemia perioperatoria se identifica, es importante determinar su etiología para ofrecer el tratamiento adecuado", y ante la ausencia de notas que acreditaran la evolución real, revisión periódica y constante del paciente lo que contravino a lo establecido en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y PAM, que si bien no resolvería de manera pronta y tal vez total el padecimiento motivo del ingreso (pie diabético) sí influyó sobre la evolución del paciente, al no otorgar o contemplar opciones de tratamiento y no resolver o mejorar sus condiciones generales lo que favoreció la

pobre respuesta al tratamiento establecido y su deterioro progresivo hasta su fallecimiento, como se observó posteriormente.

**57.** El 1 de agosto de 2022, PMR2 y AR3, hicieron referencia a evacuaciones de mejor consistencia (descrito como Bristol 4), con reporte de laboratorios con glucosa 137 mg/dl, urea 31.3 mg, creatinina 0.63 mg, Na 136 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 100 mEq/L, Hb 7.6 g/l Hto 23.5 L/L, neutrófilos 87%, plaquetas 757,000, donde se observó hiperglucemia y anemia moderada, reportaron ultrasonido Doppler (sin especificar tipo, arterial o venoso) de miembro pélvico derecho realizado el 29 de julio de 2022 que evidenció enfermedad ateromatosa<sup>40</sup> de la extremidad referida con zonas de estenosis<sup>41</sup> intermitentes de predominio hacia segmentos distales de venas tibiales y peroneas, es decir, las venas que pasan por la pierna junto a los huesos tibia y peroné, respectivamente. Analizaron que debido a la evolución tórpida el tratamiento sería amputación infracondilea<sup>42</sup>, agregaron antibiótico de amplio espectro (ceftriaxona) sin otros cambios y al día siguiente 2 de agosto de 2022, PMR2 explicó a V y a su familiar el plan de manejo de quienes decidieron pensar su decisión, suspendió metronidazol, agregó otro antipirético (metamizol) y colocación de sonda vesical.

**58.** Por su parte, no se encuentran integrados en el expediente clínico los resultados o imágenes del ultrasonido Doppler para correlacionar algunos hallazgos específicos como el grado de obstrucción de la luz de los vasos, la presencia de turbulencias, el tamaño de las placas de ateroma ocasionaron zonas de obstrucción hacia porción distal de los vasos tibiales y peroneos, aunque se hizo referencia a “venas tibiales y peroneas” las placas de ateroma o placas de grasa son formaciones propias de las arterias que al acumularse cierran de manera gradual la luz del vaso

---

<sup>40</sup> Proceso inflamatorio multifactorial que afecta la pared de las arterias.

<sup>41</sup> Estrechez o estrechamiento de un orificio o conducto.

<sup>42</sup> Amputación por debajo de la rodilla.



sanguíneo impidiendo circulación de sangre de manera adecuada. Por sus mismas características anatómicas las venas no forman placas de ateroma, padecen alteraciones en el vaso sanguíneo lo que se conoce como insuficiencia venosa, por lo tanto, se entiende que el paciente cursó con enfermedad arterial periférica con un análisis deficiente del estudio plasmado en las notas médicas.

**59.** Con relación a la propuesta de amputación infracondílea (primaria), estudios recientes refieren que las revisiones detalladas de las extremidades de un paciente diabético y la implementación de estrategias de revascularización y mejora de la perfusión pueden mejorar las tasas de curación de heridas y el salvamiento de extremidad, para ello se debe estudiar adecuadamente a cada paciente, las características de los vasos ocluidos y evaluar los vasos responsables de la irrigación del muñón o de la herida presente. En este caso, no consta en las notas médicas un análisis y opciones de manejo para no amputar de manera radical la extremidad, así como el análisis del porcentaje de oclusión de las arterias así como ya se analizó en el párrafo anterior, pues si bien se evidenció la disminución de la irrigación de la extremidad, era probable que posterior a la cirugía se desarrollaran complicaciones como una inadecuada irrigación del muñón como ocurrió en este caso, con la subsecuente necesidad de amputar nuevamente hacia una porción de la extremidad donde si fluyera adecuadamente la circulación sanguínea. Esto, expuso a V de manera innecesaria a desarrollar complicaciones propias del procedimiento como la isquemia e infección del muñón, y de la hospitalización prolongada (infecciones nosocomiales) como se observó posteriormente.

**60.** No obstante la atención recibida, el 3 de agosto de 2022, V presentó nuevamente fiebre y con relación a la aceptación de la amputación infracondílea, PMR2 refirió que existían desacuerdos entre V y sus familiares sin poder decidir sobre su tratamiento, por lo que continuó con manejo conservador e insistió a familiares sobre la necesidad de tomar una decisión a la brevedad por las

complicaciones y beneficios explicados, reportó al paciente como delicado con pronóstico reservado. El procedimiento de amputación infracondílea fue aceptado el 4 de agosto de 2022, por V y VI1, por lo que se otorgaron hojas quirúrgicas, acta de incineración, solicitud de hemocomponentes con programación de tiempo quirúrgico para el 6 de agosto de 2022, ayuno a partir de las 22 horas, suspender enoxaparina, transfundir un paquete globular y un plasma fresco congelado como preparación para cirugía al día siguiente.

**61.** En la nota médica de fecha 5 de agosto de 2022, el médico de turno de quien se desconoce su nombre debido a que no aparece anotado en la nota médica refirió que V se encontraba en área de quirófano en espera de ingreso para cirugía de amputación infracondílea de extremidad inferior derecha, cabe destacar que según notas anteriores la cirugía había sido programada para el día 6 de agosto y se desconoce el motivo por el que se realizó antes de tiempo. Cuenta con carta de consentimiento bajo información del Servicio de Anestesiología con fecha 5 de agosto de 2022 de carácter urgente, la cual se encuentra mal requisitada pues no cuenta con registro de procedimiento anestésico proyectado, el nombre y firma del paciente esta fuera de sitio y de trazo irregular, el médico anestesiólogo firmó como testigo, no como médico tratante cuyo espacio se encuentra vacío. Igualmente, cuenta con una carta de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas, con diagnóstico y procedimiento amputación infracondílea, cirugía electiva, firmada por el AR3, V y dos testigos sin fecha ni servicio, situaciones que contravienen a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico.*

**62.** Es necesario mencionar que en todo el expediente clínico solo se cuenta con un consentimiento informado para transfusión de hemo componentes mal requisitado por ausencia de fecha, sin nombre del paciente, edad incorrecta y una firma irregular, así como ausencia de los registros de dicho procedimiento para todas las ocasiones

que se realizó, notas de valoración preanestésica, pre o perioperatoria, prequirúrgica y solicitud y reporte de cirugía, y nota postquirúrgica. No es posible determinar de manera fehaciente que estas no se realizaron, así como los hallazgos durante la cirugía y puntos de importancia para el análisis que nos ocupa, no obstante, estas conductas contravienen a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en la Guía Práctica Clínica *Valoración Preoperatoria en Cirugía no Cardíaca en el adulto*.

**63.** Se cuenta con nota de Alta de Unidad de Cuidados Posanestésicos del 5 de agosto de 2022 a las 15:00 horas por AR3 donde refirió no presentar datos de sangrado activo y signos vitales estables, así como hoja de indicaciones médicas postquirúrgicas con prescripción de solución Hartmann, cefalosporina (cefotaxima), analgésico (clonixinato de lisina en infusión, ketorolaco), protector gástrico (omeprazol), destrostix con esquema de insulina rápida, cuidados de enfermería y signos vitales por turno, curva térmica, vendaje en miembro pélvico derecho y no descubrir muñón en 24 horas.

**64.** Se cuenta con informe de PSP1, subdirector médico del HGR 1, emitido en fecha 20 de octubre de 2022, donde mencionó: "...Pasa a quirófano el 05.08.22 realizándose amputación infracondílea derecha, encontrándose edema de tejidos blandos, vasos ocluidos en un 30% aparentemente con adecuada perfusión", lo anterior no es suficiente para conocer y analizar los hallazgos presentes en la extremidad y segmento amputado, se desconoce el destino del segmento corporal, si se realizó estudio histopatológico y los resultados del mismo, situación relevante para el manejo posterior ya que el estudio de la pieza anatómica y su descripción macro y microscópica confirmaría el grado de daño arterial, presencia de agente etiológico en el proceso infeccioso descrito, datos con los que no se cuenta para poder realizar un análisis más detallado del caso.

**65.** El 6 de agosto de 2022, PMR2 y AR3 encontraron a V con signos vitales normales, la extremidad inferior derecha se observó no íntegra por amputación infra condílea, muñón cubierto con vendaje compresivo, pulso femoral 3/3 y poplíteo 2/3 (disminuido indicativo de poca circulación arterial), movilidad y sensibilidad conservadas, indicaron transfusión de un paquete globular al día siguiente sin especificar motivos, y descubrir muñón, emitieron los diagnósticos de postoperado de amputación infra condílea derecha, pie diabético Texas III C, siendo una vez más un diagnóstico diferente a los establecidos durante los 27 días de estancia intrahospitalaria; es decir, pie diabético con herida que penetra hueso o articulación isquémica, no obstante, ya se había manejado con amputación. En el expediente clínico no se cuenta con la documental necesaria para conocer los hallazgos del segmento amputado y realizar un análisis de estos.

**66.** Retomando las indicaciones anteriores, PMR2 descubrió muñón el 7 de agosto de 2022 y encontró la herida quirúrgica limpia con bordes bien afrontados sin datos de sangrado o infección, reportó laboratorios de control con Hb 9.8, plaquetas 708 mil, leucocitos 33,780, inició curaciones de herida y continuó con mismo manejo farmacológico y medidas generales ya establecidas, presentó febrícula nuevamente los dos días siguientes y al cursar con 31 días de estancia intrahospitalaria refirió dolor de intensidad moderada en extremidad inferior derecha, la herida quirúrgica se observó limpia sin datos de infección, pulsos femoral normal y poplíteo disminuido, los resultados de laboratorio del 8 de agosto de 2022 reportaron glucosa 260 mg/dl, Urea 66 mg, creatinina 0.84 mg, Na 138 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 106 mEq/L, Hb 9.4 g/l, Hto 29.3 L/L, plaquetas 715,000, leucocitos 36, 380, neutrófilos 90%, donde se observó que continuaba con hiperglucemia, anemia, trombocitosis, leucocitosis, neutrofilia indicativos de proceso inflamatorio e infeccioso, el examen general de orina con pH 5, densidad 1.020, esterasa leucocitaria 500, nitritos negativos, proteínas 150, 7 a 9 leucocitos por campo, 8 a 10 eritrocitos por campo, bacterias escasas, es decir, datos de infección urinaria, por lo que solicitó policultivos y

radiografía de tórax, suspendió ceftriaxona y cambió administración de metronidazol intravenoso a oral, recabar estudios pendientes (toxinas AB) y agregó otro antibiótico de amplio espectro (piperaciclina-tazobactam).

**67.** El 10 de agosto de 2022, V fue valorado por el Servicio de Infectología por un médico del cual se desconoce su nombre debido a que la nota médica es poco legible quien refirió estancia hospitalaria prolongada, evacuaciones diarreicas sin presencia de íleo<sup>43</sup> y cursó con lesión renal aguda (de la cual no se encuentra alguna referencia sobre su identificación o manejo en las notas médicas), en la exploración física encontró temperatura de 37.5° C, auscultó<sup>44</sup> movimientos intestinales sin datos de urgencia abdominal, reportó toxinas positivas a *Clostridioides difficile*<sup>45</sup>, sin inestabilidad hemodinámica, toxicidad aguda y sin otro foco infeccioso identificable, analizó contar con criterios de enfermedad moderada (sin especificar cual) por lo que indicó vancomicina, mantener vigilancia abdominal y controles de laboratorio así como nueva interconsulta en caso de mayor severidad o necesidad de ajustes antibióticos.

**68.** Con relación a esa valoración, es necesario mencionar que, aunque el citado médico del Servicio de Infectología hizo referencia resultados positivos a *Clostridium difficile*, no escribió el diagnóstico presente en el paciente. Dicho microorganismo es causante de dos entidades: la colitis pseudomembranosa y diarrea por antibióticos. La primera se diagnostica al detectar una o ambas toxinas del agente en las heces fecales y al observar membranas o abscesos en la endoscopia. Se presenta como diarrea líquida o hemorrágica, cólicos abdominales, leucocitosis y fiebre, y está asociada a administración de ampicilina u clindamicina, se maneja con metronidazol

---

<sup>43</sup> Ausencia temporal de peristalsis o movimientos de los intestinos.

<sup>44</sup> Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano.

<sup>45</sup> Es una bacteria que puede causar diarrea y afecciones intestinales más serias, como la colitis. También se conoce con otros nombres, como *Clostridioides difficile* (un nombre nuevo) o *C. difficile*. (<https://medlineplus.gov/spanish/cdiffinfections.html#:~:text=Clostridium%20difficile%20es%20una%20bacteria,difficile>)

o vancomicina. La diarrea por antibióticos es una forma leve de esta colitis<sup>46</sup>. A pesar de no especificar diagnóstico implementó las medidas necesarias para su manejo, no obstante, dicha afección no se refirió en notas médicas posteriores como se analizará más adelante, con registros donde consten las características de las evacuaciones para ver su evolución, ni se encuentran agregados los resultados de laboratorio de ningún tipo durante toda su estancia intrahospitalaria, lo anterior al igual que la redacción de la nota médica incumple con lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y PAM.

**69.** El 11 de agosto de 2022, PMR2 reportó estudios de laboratorio de control con plaquetas de 501 mil y leucocitos de 42,860 ambos elevados y persistentes a pesar del manejo establecido, por proceso inflamatorio, infeccioso y posiblemente indicativo de alguna alteración hepática, con radiografía de tórax sin datos sugestivos de neumonía, por lo que agregó dos antibióticos más (meropenem y linezolid), al día siguiente reportó Hb 8.4 mg/dl, Hto 27.6 L/L, plaquetas 442,000, leucocitos 41,750, neutrófilos 81%, procalcitonina mayor de 10, glucosa 170 mg/dl, urea 99.3 mg, creatinina 2.46 mg, Na 140 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Ca 7.35 mEq/L, P 3.58 mEq/L, TP 23.1 segundos, TTP 37.4, INR 1.83, es decir, persistencia de anemia moderada, trombocitosis, hiperglucemia, incremento de pruebas de función renal, prolongación de los tiempos de coagulación y niveles de procalcitonina muy elevados que se interpretaban como cuadros francos de sepsis grave; no obstante, continuó con manejo establecido y curación de herida quirúrgica.

**70.** No pasa desapercibido para la persona especialista de este Organismo Nacional que el incremento de niveles de creatinina y urea son indicativos de falla renal, así como la persistencia de trombocitosis y aumento de tiempos de

---

<sup>46</sup> Jawertz, 2011

coagulación también suelen ser indicativos de falla hepática, para los cuales no se realizó ningún ajuste, manejo o interconsulta especializada a Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo adecuado de V, situación que incumple con la LGS, RLGS y el PAM.

**71.** Es necesario mencionar que la *Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto* define a la sepsis como “Para confirmar el diagnóstico de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica además de los datos clínicos se debe documentar la presencia de más de 12 mil leucocitos, o menos de 4 mil, bandemia mayor al 10%, hiperglucemia mayor a 120 mg en ausencia de diabetes, los niveles séricos de procalcitonina se elevan a partir de las primeras 6 horas de iniciado el cuadro de sepsis como respuesta y es un indicador de gravedad y evolución de la infección. Los reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva (PCR) se elevan como respuesta del proceso inflamatorio...La hiperlactacidemia indica metabolismo anaerobio e hipoperfusión...La falla renal se debe a una combinación de factores inmunológicos, tóxicos e inflamatorios que afectan la microvasculatura y las células tubulares”, entidades presentes en el paciente para lo cual no se realizaron más estudios de laboratorio como PCR y cuantificación de lactato, por lo que el personal médico del servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa incumplió con lo referido en dicha norma.

**72.** V se mantuvo sin cambios en la descripción de sus condiciones físicas y manejo establecido durante los dos días siguientes. El 14 de agosto de 2022 se refirió “mejoría clínica en cuanto a estado de alerta y cifras de tensión arterial”, no obstante, en ninguna parte de las notas previas se encuentra referencia a alguna alteración neurológica pues la exploración era normal con Glasgow de 15 puntos, haciendo la misma descripción el 15 de agosto de 2022. El 16 de agosto de 2022 se refirió que V rechazó toma de muestras de sangre; sin embargo, cedió al explicarle la importancia de contar con estudios de control, así como nueva muestra para cultivo

de herida a pesar de estar referida como limpia sin datos de infección mismo que se reportó el 17 de agosto de 2022 sin desarrollo bacteriano.

**73.** El 18 de agosto de 2022, V se mantuvo con mismas condiciones clínicas, afebril y persistencia de leucocitosis en los estudios de laboratorio; el 19 de agosto de 2022 se reportaron resultados Hb 7.7 g/l, Hto 24.4 L/L, plaquetas 400 mil, leucocitos 31,440, glucosa 190 mg/dl, creatinina 1.31 mg, Na 136 mEq/L, K 4.6 mEq/L, Cl 7.2 mEq/L, AST 106, ALT 14U/L, LDH 179 mg/dl, BT 0.72, proteínas 5.3, es decir anemia moderada, trombocitosis, leucocitosis, descontrol glucémico, aumento de aspartato amino transferasa que suele indicar proceso inflamatorio hepático o pancreático, aunque en este caso debe considerarse que las demás alteraciones estuvieron presentes desde su ingreso como indicativos de proceso inflamatorio e infeccioso en ese momento ya severo que no cedieron al manejo médico y quirúrgico.

**74.** Los días 20 y 21 de agosto de 2022, PMR2 reportó a V neurológicamente integro sin alteraciones en la mecánica ventilatoria, con signos vitales dentro de rangos normales, sin fiebre, describió herida quirúrgica limpia con bordes bien afrontados sin datos de sangrado o infección, aunque con salida de líquido serohématico<sup>47</sup> no fétido o purulento, con una “costra” en el borde superior, no se realizaron ajustes al manejo. V presentó nuevamente febrícula el 22 de agosto y no se tomaron muestras de sangre por edema de la extremidad e imposibilidad para colocar venoclisis, el 23 de agosto de 2022, encontró a V con episodios de desorientación y lenguaje incoherente, sin datos de inestabilidad hemodinámica ni alteraciones en la mecánica ventilatoria, se colocó catéter venoso central para administración de medicamentos y toma de muestras con radiografía de control que mostró colocación adecuada, los resultados de laboratorio mostraron disminución de

---

<sup>47</sup> Filtrado de agua, iones, proteínas, colesterol y células sanguíneas



leucocitos, glucosa, urea, creatinina y plaquetas, así como anemia severa por cifras de hemoglobina hasta 5.7 mg, examen general de orina con pH 5, esterasa leucocitaria<sup>48</sup> 100, proteínas 75, 28 a 30 leucocitos por campo y levaduras abundantes, indicativas de infección urinaria y probable lesión renal por la pérdida de proteínas, agregó furosemida horaria<sup>49</sup>, transfusión de un paquete globular y lo reportó como delicado.

**75.** En la Opinión médica realizada por persona especialista de este Organismo Nacional señala que desde las notas de ingreso, hasta ese momento, no se investigó el origen de la anemia y como consecuencia no se le otorgó manejo específico a pesar de las transfusiones, tomando en consideración los datos de falla renal, ser portador de Diabetes Mellitus de larga evolución y disminución gradual de hemoglobina hacían posibles diversos diagnósticos, desde una deficiencia de hierro, enfermedad renal a establecer estadio o un sangrado de tubo digestivo, que no fueron contemplados por los médicos tratantes del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y se limitaron a manejar con transfusiones, con lo que se elevó la concentración de hemoglobina de manera temporal sin resolución del problema de fondo, dicha conducta contraviene lo establecido en la *Guía de Práctica Clínica, Manejo hemático del paciente* que refiere: "... la presencia de anemia perioperatoria aumenta el riesgo de complicaciones como lesión renal aguda, infecciones nosocomiales, eventos isquémicos peroperatorios, entre otras... Se recomienda identificar la causa (deficiencia de hierro, insuficiencia renal o inflamación); el hierro es uno de los principales reguladores de la eritropoyesis, su baja reserva puede ser un factor limitante en la eritropoyesis posterior a la cirugía, por lo que es esencial que sean adecuadas... Cuando la anemia perioperatoria se identifica, es importante determinar su etiología para ofrecer el tratamiento adecuado" y a la *Guía de Práctica*

---

<sup>48</sup> Prueba de detección utilizada para hallar una sustancia que sugiere que hay glóbulos blancos en la orina.

<sup>49</sup> Diurético del asa que produce una diuresis de instauración rápida y corta duración.

*Clínica, Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de anemia secundaria a Enfermedad Renal Crónica* que menciona "...La deficiencia de eritropoyetina es la principal causa de anemia secundaria a enfermedad renal crónica. El tratamiento con agentes estimuladores de eritropoyesis se debe considerar cuando la concentración de hemoglobina esté consistentemente por debajo de 10 g/L y cuando se hayan descartado otras causas de anemia...Otras causas de anemia son: pérdida de sangre crónica, deficiencia de hierro y vitaminas B12, hipotiroidismo, infección crónica o inflamación, hiperparatiroidismo, toxicidad por aluminio, neoplasias, hemolisis, infiltración de médula ósea" además alguna de las causas posiblemente pudo detectarse y corregirse al realizar la valoración perioperatoria de la cual se desconoce su realización.

**76.** No se encuentra nota médica del 24 de agosto de 2022, indicaciones y hojas de consentimiento informado para colocación de catéter venoso central, lo cual constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 y al *PAM*.

**77.** V se mantuvo con las mismas condiciones neurológicas, el día 25 de agosto de 2022, con elevación de un gramo de hemoglobina (que correspondió al proceso de transfusión indicado el día anterior) y disminución de leucocitos, AR2 refirió la presencia de área isquémica en muñón cuyo manejo sería amputación supracondílea, por lo que se buscaría a VI1 para programación quirúrgica, lo reportó como delicado con pronóstico reservado a evolución, se indicó transfundir otro paquete globular y agrego antimicótico (fluconazol). En el expediente clínico se cuenta con hoja de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas del mismo día con el diagnóstico de isquemia de muñón, para procedimiento amputación supracondílea miembro pélvico derecho, cirugía urgente, firmada por AR2, adscrita al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del HGR1; no obstante, se encuentra mal requisitada por ausencia de nombre, firma de

familiar o representante legal, sin firma de paciente y un testigo, lo cual incumple con lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012.

**78.** Es necesario aclarar, que los hallazgos de esa nota como “área isquémica en muñón” difiere a lo descrito cuatro días antes como “costra” en su borde superior. La Opinión médica de la persona especialista de esta Comisión Nacional, señala que una costra es un cúmulo de células presentes en la sangre y plasma formados sobre la superficie de una lesión en la piel para favorecer la cicatrización, mientras que la isquemia es resultado del cese o disminución de la circulación sanguínea en una zona de la piel que ocasiona muerte celular, entidades totalmente distintas y fácilmente diferenciables, lo que evidencia nuevamente la falta de supervisión de los médicos adscritos en las revisiones, conclusiones diagnósticas y redacciones del médico en formación, lo cual contraviene a lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas* como ya se ha referido.

**79.** En la nota médica del 26 de agosto de 2022, el médico tratante del cual se desconoce el nombre debido a que no se encuentra anotado, refirió fue asignado al caso, analizó que el paciente ingresó al servicio con los diagnósticos de “síndrome anémico crónico, Diabetes Mellitus de larga evolución descontrolada, pie diabético derecho Warner III<sup>50</sup>” de dos meses de evolución a su ingreso, al analizar la evolución del paciente consideró que ameritaba tratamiento del tipo de remodelación de muñón derecho, así como toma de biopsia de tejido vascular y superficial, por lo que solicitó valoración preoperatoria y realizar cirugía en forma prioritaria, exámenes de laboratorio y concluyó el diagnóstico de infección de herida quirúrgica, informó sobre el plan de tratamiento a V y familiar en presencia de subdirectora y médico residente;

---

<sup>50</sup> La clasificación de Wagner-Meritt, para pie diabético proporciona información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena. Un grado 3 indica una úlcera profunda con absceso con secreción y mal olor, así como existencia de osteomielitis.

La especialista de esta Comisión Nacional, señala que la situación corresponde, debido a que la falta de circulación de la piel que conforma el muñón no puede ser manejada de otra manera más que con resección de tejidos blandos y una porción ósea que permita formar un nuevo muñón donde circule bien la sangre y permita la cicatrización adecuada.

**80.** Con relación a estos hechos, se cuenta con informe de la PSP2, encargada de la coordinación médica vespertina emitido el 20 de octubre de 2022 donde refirió lo siguiente: “... se explica claramente que la pieza quirúrgica será enviada a patología para el diagnóstico patológico. La familiar del derechohabiente se niega rotundamente a realizar el procedimiento de urgencia; ya que se contaba con tiempo quirúrgico y condiciones para realizar el tratamiento, no acepta ninguna intervención y solicita otra opinión médica.”

**81.** V se mantuvo con episodios de desorientación y lenguaje incoherente los siguientes tres días, el 27, 28 y 29 de agosto de 2022, con leve mejoría en niveles de hemoglobina (que correspondieron a las transfusiones) y niveles de azoados<sup>51</sup>, persistencia de leucocitosis de 14 mil, continuó con mismo manejo, se detalló que la familiar se mostró molesta y agresiva negándose a firmar consentimiento y hojas quirúrgicas y solicitó una segunda opinión por lo que se comentó caso con jefatura y se realizó cambio de médico el 30 de agosto de 2022, donde AR4 y PMR2, lo reportaron en mismas condiciones con mejoría de leucocitos reportados en 10,620.

**82.** El 31 de agosto de 2022 informaron a VI2 sobre el plan terapéutico (Amputación supracondílea para remodelar muñón), quien les mencionó debía decidir en conjunto con otros familiares; sin embargo, VI1 refirió el deseo de traslado a otra unidad. V fue reportado por PMR2 y AR4 con pronóstico reservado para la vida y malo para la función a corto plazo con alto riesgo de complicaciones sistemáticas.

---

<sup>51</sup> Niveles de urea, creatina-creatinina y ácido úrico

Con relación al traslado del paciente, el RLGS señala lo correspondiente en los artículos 74<sup>52</sup> y 94<sup>53</sup>.

**83.** La persona especialista de esta Comisión Nacional refiere en la Opinión Médica que, hasta ese momento, el HGR 1, contaba con los servicios médicos necesarios para el manejo del paciente, con el servicio de Angiología que forma parte del Área de Cirugía General con intervención por otras áreas como Infectología y Cuidado de heridas sin identificar algún diagnóstico o entidad meritoria de atención en otra unidad o nivel de alta especialidad. Se debe considerar que la evolución de este tipo de padecimientos (pie diabético) no depende solamente de la infraestructura, insumos y personal médico de la unidad, también de las condiciones del paciente, el control de sus patologías y la respuesta de cada organismo, por lo tanto, no era urgente ni necesario su envío a otra unidad hospitalaria, lo que requería era una atención multidisciplinaria para mejorar sus condiciones de salud y pronóstico de sobrevivencia.

**84.** Las notas médicas elaboradas entre el 1 al 30 de agosto de 2022 se encuentran suscritas solo por el PMR2, algunas tienen el nombre de AR2, AR3 o AR4 y en otras la leyenda “sin médico de base” lo que evidencia que en diversas ocasiones no se encontró un Médico Adscrito supervisando las revisiones, conclusiones diagnósticas y redacciones del médico en formación, lo cual contraviene a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.*

---

<sup>52</sup> “Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema, se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento”

<sup>53</sup> “Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de un Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa verificación de la vigencia de derechos por el área competente”

**85.** La persona especialista de esta Comisión Nacional, en la Opinión médica advirtió que hasta ese momento, el tratamiento se enfocó a los cuidados del muñón y manejo de la isquemia, la ausencia de las valoraciones integrales de V no permiten el análisis detallado del caso para correlacionar el grado de afección previo en la extremidad y que al realizar la amputación no permitió su evolución adecuada, además se persistió con la omisión de atención de la anemia, alteraciones de laboratorio indicativas de función renal deficiente y probablemente hepática, se agregó deterioro neurológico sin encontrar evidencia a la investigación de su etiología, manejo o solicitud de valoración por los servicios especializados como Neurología para establecer un manejo integral del paciente, lo cual contraviene a lo establecido en la LGS, RLGS, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y PAM, Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del pie diabético<sup>54</sup> y la *Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Arterial Periférica de miembros inferiores*<sup>55</sup>.

**86.** Con relación a la negativa del familiar para autorizar el segundo procedimiento quirúrgico, se cuenta con una nota de evolución y revisión de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular incompleta sin nombre de médico, de fecha 1 de septiembre de 2022, que contiene un resumen de la atención del paciente desde su ingreso y las

---

<sup>54</sup> "...La indicación de tratamiento quirúrgico (convencional o endovascular) de la EAP dependerá sobre todo de la valoración conjunta de dos aspectos fundamentales: la situación clínica del paciente y el territorio vascular que precisa reconstrucción. La indicación de revascularización... en la que se pretende obtener la cicatrización de las lesiones, la reparación debe ir encaminada a obtener la mayor cantidad de flujo a la extremidad

<sup>55</sup> "...un pobre control glucémico se asocia con amputación mayor en pacientes con isquemia crítica de las extremidades sometidos a angioplastia percutánea...La presencia de Diabetes...tienen una Asociación significativa con amputación mayor en isquemia crítica de extremidades sin revascularización, sólo con tratamiento médico y angiogénico...Se recomiendan procedimientos quirúrgicos para reestablecer el flujo sanguíneo a los pies en pacientes con heridas que no sanan...Un equipo de cuidados multidisciplinario debe evaluar y proveer de cuidados comprensivos a los pacientes con isquemia crítica de miembros y pérdida de tejido para lograr la curación completa de las heridas y de los pies funcionales. En pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores se debe realizar el cuidado de heridas después de revascularización, con el objetivo de completar la curación de heridas".

dificultades que presentaron con la familiar para autorizar el procedimiento de la amputación a pesar de contar con la opinión de otro médico, por lo que no se brindó tratamiento oportuno. En ese sentido, es necesario mencionar que consta en el expediente, a lo largo de la estancia hospitalaria se les explicó a ambos V y VI1, la evolución y pronóstico del padecimiento, posteriormente con la instauración de deterioro neurológico descritas como desorientación y lenguaje incoherente no permitieron la autorización de V, quedando a cargo de VI1. Forma parte de los Derechos Generales de los pacientes el aceptar o no el manejo propuesto, así como solicitar una segunda opinión, y el personal médico no debe coaccionar o influir sobre las decisiones de estos. Si bien la normativa aplicada al caso indica la importancia de contar con el documento “Carta de consentimiento debidamente informado”, también es derecho del paciente y/o familiar otorgarlo o no, no obstante, debe quedar un registro de este en el expediente, mismo que no se encuentra integrado, lo cual constituye una inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**87.** Se cuenta con una carta de consentimiento bajo información del Servicio de Anestesiología para bloqueo neuroaxial<sup>56</sup> por amputación supracondílea<sup>57</sup> de miembro pélvico derecho de fecha 1 de septiembre de 2022, bien requisitada, no obstante, no se encuentran las notas de valoración preanestésica, pre o perioperatoria, prequirúrgica, reporte de cirugía, nota e indicaciones postquirúrgicas, aunque se anexó al expediente de queja un informe de PSP3, Médico adscrito de Cirugía General en fecha 20 de octubre de 2022 donde refirió “...realización del consentimiento informado y de programación quirúrgica ante una amputación supracondílea de miembro pélvico derecho el día 1 de septiembre de 2022, dando información ante el procedimiento y complicaciones dando autorización y firmas, por lo que se procede al acto quirúrgico sin eventualidades”. Dicho informe no subsana

---

<sup>56</sup> Anestesia en la columna vertebral.

<sup>57</sup> Procedimiento quirúrgico destinado a cortar un miembro pélvico por encima del cóndilo.

la ausencia de la documentación referida, lo cual contraviene a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, por el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y por la *Guía Práctica Clínica, Valoración Perioperatoria en Cirugía no Cardíaca en el adulto*, como ya se ha referido, por lo que no es posible analizar las condiciones clínicas en que se encontraba V, el riesgo quirúrgico hasta ese momento, así como los hallazgos o puntos de importancia a considerar para su manejo posterior.

**88.** De igual forma, no se cuenta con notas médicas de los días 2, 3, 4 y 5 de septiembre de 2022, por lo que no es posible analizar las condiciones médicas postquirúrgicas, evolución en las primeras horas del postoperatorio y manejo establecido, lo que constituye un incumplimiento a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* y del *PAM*.

**89.** El 6 de septiembre de 2022, en la nota de Angiología y Cirugía Vascular, se encontró a V neurológicamente íntegro, refirió a AR4 y PMR3, dolor leve en sitio de úlcera sacra<sup>58</sup>, el muñón de la extremidad inferior derecha con bordes bien afrontados sin datos de sangrado o infección, a la lateralización de V se describió una úlcera sacra de 10x8cm con exudado purulento en su interior cubierta por una capa de tejido desvitalizado<sup>59</sup>, reportaron los resultados de laboratorio del 5 de septiembre de 2022 con glucosa 60 mg/dl, urea 47 mg, creatinina 0.48 mg, Na 141 mEq/L, K 3.42 mEq/L, Cl 98 mEq/L, Hb 8.9 mg/dl, Hto 28 L/L, plaquetas 541 mil, leucocitos 27 mil, es decir con hipoglucemia, leve elevación de urea, persistencia de anemia moderada y persistencia de leucocitosis, datos sugerentes de proceso infeccioso o inflamatorio, se reportó examen general de orina patológico, aunque no se hizo especificación a sus hallazgos para determinar el grado de afección encontrada, persistente y correlacionarla con los reportes anteriores, agregaron antibiótico (ciprofloxacino) e

---

<sup>58</sup> Úlcera en región del sacro.

<sup>59</sup> Piel sin adecuada.



indicaron programar lavado y debridación<sup>60</sup> de úlcera sacra con posterior seguimiento en Clínica de heridas, lo reportaron con alto riesgo de complicaciones sistémicas. Con lo anterior se puede determinar la presencia de un nuevo foco infeccioso a nivel de tejidos blandos en la región sacra.

**90.** El mismo día, V fue valorado por el servicio de Infectología donde AR5 y PMR4 analizaron que el foco infeccioso se encontró relacionado al ambiente hospitalario, ya con limitación de las alteraciones por *Clostridium*, no obstante, era necesario repetir toxinas y GDH<sup>61</sup>, el pie diabético parecía controlado por la ausencia de datos de infección del muñón, pero la escara lumbosacra<sup>62</sup> se encontró cubierta por zona de hematoma<sup>63</sup>, con crepitación<sup>64</sup>, cambios friables de tejido<sup>65</sup> y secreción purulenta, el sitio del carácter sin datos de infección, no integró foco neumónico, sonda urinaria con orina concentrada, estableció que el paciente se encontraba en estado de consumo, con fuga capilar, hipoalbuminemia, deshidratación de mucosas, palidez moderada, en riesgo de choque mixto, por esos datos estableció como plan de manejo la toma de hemo y urocultivo, retiro de sonda urinaria, tomografía de tórax o en su defecto radiografía para identificar foco neumónico, indicó desbridamiento y lavado de material necrótico e infectado de región lumbosacra con toma de cultivo, prescribió nuevo ciclo de antibióticos (imipenem, tigeciclina y linezolid), lo reportó grave con pronóstico malo para la vida y función a mediano plazo.

**91.** El 07 de septiembre de 2022 el personal médico de Angiología solicitó cambio de servicio debido a la resolución de patología vascular y cursar con úlcera sacra infectada que requería manejo por el Servicio de Cirugía General, mismos que

---

<sup>60</sup> Eliminación del tejido necrótico y la carga bacteriana del lecho de la herida con el fin de disminuir la infección, el dolor, olor y complicaciones.

<sup>61</sup> Glutamato deshidrogenasa, enzima producida por *Clostridium difficile*.

<sup>62</sup> Región lumbar y sacra.

<sup>63</sup> Acumulación de sangre en tejidos debajo de la piel.

<sup>64</sup> Ruido como “quiebre” o “crujir” debajo del tejido.

<sup>65</sup> Tejidos fácilmente dañables al contacto.

indicaron valoración por Clínica de heridas de primera instancia y en caso de requerir lavado quirúrgico pasaría a cargo de su servicio, además, solicitaron intervención por parte de Trabajo Social debido a que el familiar no se había presentado a la Unidad Médica desde el 4 de septiembre considerado abandono de paciente, no obstante, en un espacio de dicha nota al día siguiente se encuentra una anotación a mano con fecha 09 de septiembre de 2022 en la que refiere que VI1 recibió informe sobre el estado de gravedad de V.

**92.** V continuó con curaciones de región sacra, colocación de parche hidrocoloide y su retiro el día 11 de septiembre de 2022 sin poder desbridar, con valoración pendiente por Cirugía General, toma de laboratorios de control con manejo de analgésico (ketorolaco), antipirético (paracetamol) diurético (furosemida) antibióticos (imipenem, tigeciclina y linezolid) así como movilización cada dos horas, con reporte de estudios de laboratorio Hb 7.3 mg/dl, Hto 22 L/L, leucocitos 21 mil, donde se observa la nula mejoría a pesar del manejo establecido y en los días siguientes nuevas transfusiones, ministración de enoxaparina y norepinefrina.

**93.** V presentó anorexia, continuó con transfusiones de concentrados eritrocitarios mismo que se realizó con complicaciones. El 15 de septiembre de 2022, PMR3, reportó su 61 día de estancia hospitalaria con los diagnósticos de choque séptico, úlcera por presión en región sacra grado II/IDSA<sup>66</sup> moderado, postoperado de amputación supracondílea el 1 de septiembre de 2022 e infracondílea el 5 de agosto de 2022 de la extremidad inferior derecha, pie diabético Texas III C, le refirió náuseas asociadas al alimento, lo encontró consciente, orientado y poco cooperador, neurológicamente íntegro, Glasgow 15 puntos, con apoyo aminérgico (norepinefrina),

---

<sup>66</sup> Infectious Disease Society of America (IDSA) Clasificación para determinar la severidad de una infección de tejidos blandos. En un nivel moderado el paciente esta sistémica y metabólicamente estable, pero con una o más de las siguientes características: extensión de la úlcera mayor a 2cm, linfangitis, propagación por debajo de la aponeurosis superficial, abscesos en tejidos profundos, gangrena y con afección de: músculo, tendón, articulación o hueso.

extremidad inferior derecha con muñón sin datos de infección ni sangrado, úlcera sacra de 12x8 cm sin datos de exudado activo, reportó laboratorios del 14 de septiembre de 2022 con Hb 6.3 mg/dl, Hto 18 L/L, plaquetas 126 mil, leucocitos 40 mil, analizó que se encontraba con choque séptico identificado el día anterior, siendo improbable que la escara sacra fuera de origen ya que se encontraba seca, por lo que inició apoyo vasopresor, oxígeno por mascarilla en bolsa de reservorio, solicitó radiografía de tórax, examen general de orina, urocultivo, hemocultivo, colocación de nuevo parche hidrocoloide, cambio sonda Foley e interconsulta a Infectología, lo reportó como grave con pronóstico reservado a evolución.

**94.** No se encuentra la nota médica del día 16 de septiembre de 2022, solo la hoja de indicaciones donde se observa la prescripción de albúmina, haloperidol, gluconato de calcio y sulfato de magnesio, y tampoco es posible analizar las circunstancias bajo las que se indicaron los medicamentos referidos debido a la ausencia de nota, así como notas de gravedad y registros de enfermería donde se constate el estado clínico del paciente en esos momentos, no obstante, constituyen una inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente Clínico y PAM*.

**95.** PSP4 señaló en su nota médica del 15 de septiembre de 2022, la presencia de inestabilidad hemodinámica, por lo que solicitó valoración por el servicio de Infectología y Nefrología debido al incremento de leucocitos y azoados en sangre con urea de 100 mg y creatinina 1.1 mg, registros que no aparecen en notas anteriores y no se encuentran reportes de laboratorio para cotejo, quien al realizar su valoración refirió un pronóstico renal malo e indicaron manejo médico conservador sin necesidad de terapia de sustitución renal; el 17 de septiembre de 2022 a las 3:40 horas, personal de enfermería le informó la ausencia de signos vitales, corroboró ausencia de pulsos y trazo en monitor clínico incompatible con la vida, por lo que realizó maniobras de reanimación por 15 minutos sin respuesta, realizaron electrocardiograma y estableció hora de defunción a las 4:02 horas con los

diagnósticos de choque séptico de origen en tejidos blandos de 3 días de evolución y pie diabético derecho de tres meses resuelto con manejo radical, como diagnósticos que contribuyeron a la defunción lesión renal aguda Akin II, Diabetes Mellitus tipo 2 de larga evolución sin tratamiento, mismos que fueron registrados en certificados de defunción.

**96.** La persona especialista de esta Comisión Nacional hace énfasis en la ausencia de notas de interconsulta de los servicios de Infectología y Nefrología referidas, notas de evolución del 2, 3, 4, 5 y 16 de septiembre de 2022 y registros de enfermería donde se pueda constatar el estado clínico y deterioro de V, su atención médica y cuidados establecidos durante ese periodo. No obstante, se encuentra descrita de manera repentina un estado de choque séptico del cual se tienen alteraciones de laboratorio descritas desde semanas previas y la presencia de una úlcera sacra de más de 10 centímetros, cuya evolución es gradual ocasionada por compresión sobre la piel y falta de movilidad continua del paciente, una lesión renal de la cual ya se tenían registros anteriores que no fue manejada por el servicio de Nefrología en ningún momento, y en este último registro tampoco se cuenta con la documental donde pueda analizarse el manejo conservador mencionado.

**97.** Por lo anterior, la persona especialista de este Organismo Nacional señala que resulta evidente que no existió una revisión adecuada de V desde su ingreso al Servicio de Angiología, y en el último mes de estancia hospitalaria, el desarrollo de una úlcera por presión en región sacra por inmovilidad o mínima movilización de V evidencia la falta de cuidado y atención inadecuada de V, pues *la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto* señala que: “las úlceras...son una complicación trágica, pero evitable de la inmovilidad... es considerado un evento adverso y con frecuencia evidencia la omisión de intervenciones por parte del equipo de salud”. Si bien es cierto no se cuenta con el registro médico y de enfermería para detectar el momento de aparición

y progreso de la lesión y asegurar la falta de cuidados del personal de salud, también lo es que al momento de clasificarla como IDSA moderado implica una afección de tejidos profundos y hueso, de la cual no se cuenta con evidencia de su detección y manejo de manera oportuna, de lo contrario, su evolución y pronóstico sería distinto al que presentó V.

**98.** Asimismo, la especialista de mérito refiere que los reportes de febrícula, fiebre y leucocitosis persistentes evidenciaban enfermedad sistémica desde su ingreso, a pesar de la amputación infracondílea del miembro pélvico derecho se mantuvo las mismas condiciones, aunque cursó con días de aparente mejoría. Se observó además elevación de urea, enzimas hepáticas, prolongación de tiempos de coagulación, aumento de plaquetas, exámenes generales de orina patológicos y anemia las cuales fueron desestimadas y por consecuencia no se estudiaron sus causas y otorgó manejo específico. La omisión de realizar una valoración integral o multidisciplinaria favoreció el deterioro progresivo de entidades no estudiadas, detectadas y manejadas a tiempo. El 12 de agosto de 2022 se registraron niveles de procalcitonina muy elevados que se interpretan como sepsis grave y choque séptico, mismo que fue reconocido un mes después (hasta el 14 de septiembre de 2022) en una segunda valoración de Infectología cuando ya se encontraba en franco deterioro sin evidencia documental del manejo específico para las alteraciones en los laboratorios observadas durante su estancia hospitalaria. Además, también se observó descontrol glucémico durante toda su estancia hospitalaria, la cual tampoco fue manejada de manera adecuada mediante glucemias centrales y no capilares, del cual no se encuentran evidencias en las documentales aportadas en el expediente de queja.

**99.** Las causas de muerte establecidas como infección de tejidos blandos de tres días de evolución resultan contradictorias a lo desarrollado en las notas de evolución, pues la úlcera sacra fue descrita como seca y poco probable que fuera foco

infeccioso tres días previos al fallecimiento de V, mientras que el proceso infeccioso fue documentado once días previos; las notas médicas al contar con la redacción de los mismos signos vitales con tensión arterial 100/60 mmHg considerada dentro de rangos normales y los reportes de cultivos negativos no documentan las alteraciones hemodinámicas características del choque séptico y su etiología específica. Con relación a lo descrito como lesión renal Akin II no se cuenta con evidencia documental de la intervención del servicio de Nefrología y su manejo, a pesar de la elevación de azoados en varios momentos de su hospitalización.

**100.** La intervención del área de Infectología fue adecuada para el manejo del padecimiento gastrointestinal a pesar de no establecer un diagnóstico específico; hasta la segunda y última intervención documentada por ese servicio se refirió una infección urinaria y sacra, no obstante, durante los 72 días de estancia intrahospitalaria no se encuentra evidencia de resultados positivos en los cultivos de diversos tejidos que refirieron realizar, por lo que no puede establecerse la confirmación, origen y agente etiológico específico de la sepsis. Es necesario aclarar que los medicamentos de amplio espectro no siempre funcionan para todos los agentes infecciosos en cualquier sistema del cuerpo humano. En esa valoración médica, a pesar de establecer el riesgo de choque mixto por la falta de respuesta al manejo, no se consideró el ingreso de V a un área o unidad más especializada como Infectología, Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos pues el Servicio de Cirugía General no era el adecuado para su control y manejo específico.

**101.** Se desconoce en qué momento presentó deterioro neurológico y cuáles fueron sus causas y manejo, pues las notas médicas se encuentran con la misma redacción en su mayoría, refiriendo un Glasgow de 15 puntos hasta el 14 de agosto de 2022 donde se encontró con desorientación y lenguaje incoherente, sin analizar y considerar la necesidad de su estado o valoración específicos por lo que se desconoce si mejoró sin tratamiento o persistió en esas condiciones sin manejo.

**102.** Del análisis de lo anterior, la persona especialista de este Organismo Nacional señala que se puede establecer que el manejo médico fue inadecuado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, por las contradicciones en los reportes del estado físico de V durante su estancia hospitalaria realizados por PMR1, PMR2 y PMR3, con los diagnósticos de pie diabético Texas IID derecho, pie diabético Texas III D, pie diabético, Texas III C, enfermedad ateromatosa de la extremidad inferior derecha, choque séptico, y discrepancias en la evolución de V (costra e isquemia, úlcera seca e infección de tejidos blandos) sin estar supervisados de manera continua y bajo responsabilidad de un Médico adscrito, lo que contraviene a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas.*

**103.** Asimismo, el personal médico no realizó una exploración adecuada desde su ingreso al Servicio de Urgencias el 7 de julio de 2022, al igual que el personal médico del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular a partir del 9 de julio de 2022 para evaluar la enfermedad arterial en la extremidad inferior derecha confirmada por ultrasonido Doppler hasta el 29 de julio de 2022 sin considerar opciones como la reperfusión vascular y evitar la amputación infracondílea. La estenosis arterial distal no permitió el cierre adecuado de la herida descrita a su ingreso y la cicatrización del muñón lo que se confirma con el desarrollo de isquemia meritoria de amputación supracondílea posterior, que contraviene lo establecido en la LGS, el RLGS, el Reglamento de Prestaciones médicas del IMSS, el *PAM*, así como el *Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores.*

**104.** Por otra parte, las alteraciones metabólicas fueron desestimadas con la subsecuente falta de tratamiento específico y valoraciones especializadas para su manejo integral y multidisciplinario, así como identificar de manera oportuna los riesgos de desarrollar úlceras por presión y el establecimiento de medidas para su prevención, lo cual contraviene a lo mencionado en la LGS, RLGS, el Reglamento de

Prestaciones Médicas del IMSS, *el PAM*, la Guía de Práctica Clínica, *el Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores*, la Guía de Práctica Clínica *Manejo hemático del paciente*, Guía de Práctica Clínica, *Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de anemia secundaria a Enfermedad Renal Crónica*.

**105.** Ahora bien, con relación al servicio de Infectología, la segunda interconsulta realizada por AR5 y PMR4, el 6 de septiembre de 2022 fue inadecuada por limitarse a evaluar la mejoría del padecimiento gastrointestinal y a pesar de analizar las condiciones del paciente y establecer el riesgo de choque mixto por falta de respuesta al manejo no sugirieron manejo multidisciplinario como Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos, o los que fueran necesarios, lo que contraviene a lo referido en la LGS y el RLGS.

**106.** Desde el punto de vista médico forense, la ausencia de notas médicas de manera consecutiva y en los momentos críticos de la evolución de V como: condiciones clínicas pre y postoperatorias, instauración del deterioro neurológico y hemodinámico, desarrollo de úlcera sacra, diagnóstico de choque séptico y notas de gravedad durante los días 10, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31 de julio, y 2, 3, 4, 5 y 16 de septiembre de 2022, notas pre y postquirúrgicas así como los registros de enfermería no permite establecer de manera fehaciente que se otorgaron los cuidados necesarios por parte del personal de salud (médico y enfermería); no obstante, el desarrollo e infección de la úlcera sacra e identificación de foco infeccioso a nivel urinario favorecieron el desarrollo de choque séptico siendo la causa de muerte de V.

**107.** Por lo antes expuesto, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que la atención otorgada a V, por AR1, persona médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGR 1, AR2, AR3 y AR4, personas médicas adscritas al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel HGR 1, y AR5, persona médica adscrita al



Servicio de Infectología del HGR 1, durante su internamiento, fue inadecuada, toda vez que el personal médico no realizó una exploración adecuada desde su ingreso al Servicio de Urgencias el 7 de julio de 2022; asimismo, fue inadecuada por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del HGR 1, por las contradicciones en los reportes del estado físico de V durante su estancia hospitalaria, con los diagnósticos de pie diabético Texas IID derecho, pie diabético Texas III D, pie diabético, Texas III C, enfermedad ateromatosa de la extremidad inferior derecha, choque séptico, y discrepancias en la evolución de V (costra e isquemia, úlcera seca e infección de tejidos blandos). Por otra parte, las alteraciones metabólicas fueron desestimadas con la subsecuente falta de tratamiento específico y valoraciones especializadas para su manejo integral y multidisciplinario, así como identificar de manera oportuna los riesgos de desarrollar úlceras por presión y el establecimiento de medidas para su prevención, y por el Servicio de Infectología por limitarse a evaluar la mejoría del padecimiento gastrointestinal y a pesar de analizar las condiciones de V y establecer el riesgo de choque mixto por falta de respuesta al manejo, no sugirieron manejo multidisciplinario como Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos, o los que fueran necesarios, por lo que incumplieron en el ejercicio de sus funciones dispuestas en los artículos 32, 33, fracción II y 51 de la LGS<sup>67</sup>, en concordancia con los artículos 7, 9 y 48 del RLGS”; así como un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones y deficiencias ya expuestas, lo cual vulneró el derecho humano de protección a la salud, en perjuicio de V.

---

<sup>67</sup> “Atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiéndose por ésta: “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que los usuarios tienen derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable

## **B.2. Personas médicas-residentes.**

**108.** En la Opinión Médica realizada por este Organismo Nacional, se encontraron contradicciones en los reportes del estado físico de V durante su estancia hospitalaria realizados por PMR1, PMR2 y PMR3, con los diagnósticos de pie diabético Texas IID derecho, pie diabético Texas III D, pie diabético, Texas III C, enfermedad ateromatosa de la extremidad inferior derecha, choque séptico, y discrepancias en la evolución de V (costra e isquemia, úlcera seca e infección de tejidos blandos) sin estar supervisados de manera continua y bajo responsabilidad de persona Médica alguna adscrita, lo que contraviene a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas.*

**109.** En atención a lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que PMR1, PMR2 y PMR3 incurrieron en contradicciones con los diagnósticos, lo que constituye una vulneración al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V. Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1, PMR2 y PMR3 para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM-*Para Residencias Médicas*, en los que se especifica que si bien las personas médicas residentes son profesionales de la medicina, lo cierto es que cursan un período de capacitación, por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció y en el caso de PMR1, PMR2 y PMR3 e incidió en el avance al deterioro de la salud de V que, eventualmente, lo condujo a su fallecimiento.

**110.** Asimismo, no pasa desapercibido a la especialista de esta CNDH, que las notas médicas realizadas en fechas 11 al 27 de julio de 2022, se encuentran firmadas solo por PMR1, en algunas se encuentra anotado el nombre de un médico adscrito sin su firma y en otras la leyenda “sin médico adscrito” o “Subdirector médico en turno”, lo que evidencia que en diversas ocasiones no se encontró un médico (titular, jefe de servicio o adscrito) supervisando las revisiones, conclusiones diagnósticas y redacciones del médico en formación, lo cual contraviene a lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012, *Educación en Salud, Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas*.

**111.** Igualmente, las notas médicas elaboradas entre el 1 al 30 de agosto de 2022 se encuentran suscritas solo por PMR2, algunas tienen el nombre de AR2, AR3 o AR4 y en otras la leyenda “sin médico de base” lo que evidencia que en diversas ocasiones no se encontró persona Médica Adscrita alguna supervisando las revisiones, conclusiones diagnósticas y redacciones del médico en formación, lo cual contraviene a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*.

**112.** A su vez, no pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que tales omisiones y su impacto en el derecho humano a la protección de la salud de V, son atribuibles al IMSS y, por lo tanto, constitutivas de responsabilidad institucional, en atención a que, tal y como ha sido expuesto en el cuerpo de la presente Recomendación, las personas médicas residentes deben contar con la supervisión y asesoría de alguna persona médica adscrita, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo atiente al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

### **C. DERECHO HUMANO A LA VIDA**

**113.** El derecho a la vida es inherente e irrenunciable a la persona, y una obligación a cargo del Estado consistente en evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio de ese derecho, ya sea por acción u omisión, por culpa o dolo de un individuo o autoridad. Este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1º, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1.1 y 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 1º y 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; así como 1º, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

**114.** En relación con dicho derecho humano, la CrIDH señaló que: “...no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción”<sup>68</sup>.

**115.** En ese tenor, la CrIDH reconoce que el derecho a la vida es un derecho fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de los demás derechos humanos <sup>69</sup>, por lo que “...los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho”<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> CrIDH, “Caso Coc Max y otros (Masacre de Xamán) vs. Guatemala”, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107

<sup>69</sup> CrIDH, “Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros vs. Honduras”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de octubre de 2015, párr. 262

<sup>70</sup> Idem.

**116.** Igualmente, la CrIDH ha señalado que la responsabilidad del Estado puede ser por falta de prevención, protección, y en su caso respeto, por lo que “...debe verificarse que al momento de los hechos existía una situación de riesgo real e inminente para la vida de un individuo o grupo de individuos determinados, que las autoridades conocían o debían tener conocimiento, y que no adoptaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podrían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo...”<sup>71</sup>.

**117.** En el mismo tenor, la SCJN ha establecido que “El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado”<sup>72</sup>.

### **C.1. Violación al derecho humano a la vida en agravio de V.**

**118.** En el presente caso, las evidencias y consideraciones a través de las cuales se acreditó la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, y AR5, personal médico del HGR-1, son el mismo soporte que acredita también la violación al derecho humano a la vida en su agravio.

**119.** Lo anterior es así, en atención a que el conjunto de omisiones en que incurrió el personal médico del HGR 1 del IMSS, incidieron en una falta de diagnóstico oportuno y adecuado del padecimiento de V y, en consecuencia, en la falta de

---

<sup>71</sup> “Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de agosto de 2014, párr. 184.

<sup>72</sup> “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”, Semanario Judicial de la Federación, Enero de 2011, Registro 162169.

determinación de un tratamiento médico idóneo para tratar de manera eficaz su padecimiento y así evitar la pérdida de la vida de V.

**120.** Entre dichas omisiones, destacan que el personal médico no realizó una exploración adecuada desde su ingreso al Servicio de Urgencias el 7 de julio de 2022, asimismo, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, igualmente, destacan las contradicciones en los reportes del estado físico de V durante su estancia hospitalaria. Por otra parte, las alteraciones metabólicas fueron desestimadas con la subsecuente falta de tratamiento específico y valoraciones especializadas para su manejo integral y multidisciplinario, así como identificar de manera oportuna los riesgos de desarrollar úlceras por presión y el establecimiento de medidas para su prevención, y por el Servicio de Infectología por limitarse a evaluar la mejoría del padecimiento gastrointestinal y a pesar de analizar las condiciones de V y establecer el riesgo de choque mixto por falta de respuesta al manejo, no sugirieron manejo multidisciplinario como Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos por lo que incumplieron en el ejercicio de sus funciones dispuestas en los artículos 32, 33, fracción II y 51 de la LGS, en concordancia con los artículos 7, 9 y 48 del RLGS, en los que se establece que la “atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiendo por ésta: “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que los usuarios tienen derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”; tales omisiones contribuyeron al grave y pronto deterioro de su salud, lo que eventualmente lo condujo a la pérdida de la vida.

**121.** Es por ello que, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 del HGR 1, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo,

constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

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

**122.** El artículo 6º, párrafo dos, de la CPEUM, establece que, “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información” y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

**123.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.<sup>73</sup>

**124.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 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.”<sup>74</sup>

**125.** En la Recomendación General 29, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 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

---

<sup>73</sup> CNDH. Recomendaciones 1/2021, párr. 81; 52/2020, párr. 71; 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 párr. 116.

<sup>74</sup> Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”<sup>75</sup>

**126.** Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” establece que “...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

**127.** Al respecto, este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.<sup>76</sup>

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

---

<sup>75</sup> CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

<sup>76</sup> CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 85; 52/2020, párr. 75; 45/2020, párr. 92; 35/2020, párr. 115; 23/2020, párr. 95.



análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>77</sup>

**129.** La CNDH ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, en la que se describe la obligación de las y los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación.

**130.** Es menester señalar que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud, toda vez que se trata de un conjunto único de información y datos personales de un paciente, mediante los cuales se hacen constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como de la descripción del estado de salud del paciente. Los prestadores de atención médica están obligados a integrar y conservar el expediente clínico; y los establecimientos serán solidariamente responsables respecto al cumplimiento de esta obligación por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

**131.** Asimismo, la idónea integración del expediente clínico de todo paciente es un deber a cargo de las y los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente

---

<sup>77</sup> CNDH, 1/2021, párr. 86; 52/2020, párr. 76; 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68.

responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana se cumpla en sus términos.<sup>78</sup>

**132.** Con base a lo anterior y posterior análisis de las copias del expediente clínico de V, integrado en el HGR 1, la persona especialista de esta CNDH manifestó que se puede establecer desde el punto de vista médico legal, que no se cumplieron con las obligaciones decretadas en dicha normatividad por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, toda vez que se advierte la ausencia de notas médicas de manera consecutiva y en los momentos críticos de la evolución de V como: condiciones clínicas pre y postoperatorias, instauración del deterioro neurológico y hemodinámico, desarrollo de úlcera sacra, diagnóstico de choque séptico y notas de gravedad durante los días 10, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31 de julio y 2, 3, 4, 5 y 16 de septiembre de 2022, notas pre y postquirúrgicas, lo que no permite establecer de manera fehaciente que se otorgaron los cuidados necesarios; no obstante, el desarrollo e infección de la úlcera sacra e identificación de foco infeccioso a nivel urinario favorecieron el desarrollo de choque séptico, siendo esta la causa de muerte de V, existiendo por ello inobservancia al artículo 5.14 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2012 *Del expediente clínico*<sup>79</sup>.

**133.** Asimismo, es necesario señalar que diversas notas de evolución no cuentan con firma de persona Médica Adscrita alguna, y únicamente se encuentran signadas por PMR1, PMR2 y PMR3.

---

<sup>78</sup> CNDH, Recomendaciones 115/2023, párr. 126; 1/2021, párr. 89; 52/2020, párr. 80; 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73; 12/2016, párr. 74.

<sup>79</sup> "...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".

**134.** Aunado a lo anterior, la nota de ingreso al Servicio de Urgencias del HGR 1, suscrita por AR1 de fecha 7 de julio de 2022, aparece incompleta, además de que no se encuentra anexada la hoja de referencia o envío de la Unidad de Medicina Familiar ni hoja de indicaciones para realizar un análisis detallado del manejo, lo que incumple la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**135.** Asimismo, la nota de fecha 8 de julio de 2022, se encuentra incompleta, sin nombre de médico tratante, y tampoco se anexó la hoja de indicaciones por lo que no es posible analizar el manejo y tratamiento establecido en ese momento. La ausencia de tal documentación constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**136.** La nota de ingreso de V al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard de fecha 9 de julio de 2022, no cuenta con nombre ni firma del médico, no se encuentra hoja de indicaciones ni nota de evolución de fecha 10 de julio de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**137.** Las hojas de indicaciones médicas de los días 12 y 29 de julio no corresponden a V, sino a otro paciente, lo que constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**138.** En la nota médica de fecha 5 de agosto de 2022, no aparece nombre ni firma del médico tratante, lo que constituye una inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**139.** Ahora bien, es necesario mencionar que en todo el expediente clínico solo se cuenta con un consentimiento informado para transfusión de hemocomponentes mal requisitado por ausencia de fecha, sin nombre del paciente, edad incorrecta y una firma irregular, así como ausencia de los registros de dicho procedimiento para todas las ocasiones que se realizó, notas de valoración preanestésica, pre o perioperatoria,

prequirúrgica y solicitud y reporte de cirugía, y nota postquirúrgica, estas conductas contravienen a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

**140.** Se cuenta con hoja de consentimiento informado para procedimientos invasivos y/o intervenciones quirúrgicas del 25 de agosto de 2022 con el diagnóstico de isquemia de muñón, para procedimiento amputación supracondílea miembro pélvico derecho, cirugía urgente, firmada por AR2, adscrita al Servicio de Angiología; no obstante, se encuentra mal requisitada por ausencia de nombre, firma de familiar o representante legal, sin firma de paciente y un testigo, lo cual incumple con lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*

**141.** Derivado de lo anterior, esta Comisión Nacional concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4, incumplieron con lo establecido en el numeral 5.14 de la NOM-004-SSA3-2012 *Del Expediente Clínico*.

## **E. RESPONSABILIDAD**

### **E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas**

**142.** Esta Comisión Nacional, de las observaciones y análisis de las evidencias que integran el expediente de mérito considera que existen pruebas suficientes que acreditan la responsabilidad en el desempeño de las funciones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud de V, por la falta de brindar una atención médica adecuada y oportuna ya que omitieron realizar un protocolo de estudio completo para su cuadro clínico y antecedentes de inicio del padecimiento, incumpliendo con sus obligaciones de médicos<sup>80</sup>, para el diagnóstico de apendicitis modificada por medicamentos, siendo esta la situación determinante

---

<sup>80</sup> El médico se compromete a otorgar atención médica con la intención de lograr el mayor beneficio posible al paciente. Para ello, es responsable de utilizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; señalados por la ley vigente.

para que V se mantuviera en malas condiciones generales sin la resolución temprana de su padecimiento.

**143.** Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

**144.** La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personas servidoras públicas adscritas al HGR 1 del IMSS, provino de la falta de brindar una atención médica adecuada y oportuna a V, para el diagnóstico de su padecimiento, siendo esta la situación determinante para que V se mantuviera en malas condiciones generales sin la resolución temprana de su padecimiento, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, como se constató con base en lo siguiente:

**145.** En la Opinión médica realizada por personal de esta Comisión Nacional, se advierte que en el caso concreto que aquí ha sido descrito, se debe reiterar que, AR1 no realizó una exploración adecuada desde el ingreso de V al Servicio de Urgencias, asimismo, AR2, AR3 y AR4, adscritos al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar, no realizaron una exploración adecuada para evaluar la enfermedad arterial en la extremidad inferior derecha confirmada por ultrasonido Doppler hasta el 29 de julio

de 2022, sin considerar opciones como la reperfusión vascular y evitar la amputación infracondílea.

**146.** Ahora bien, con relación al Servicio de Infectología, la atención médica proporcionada por AR5, fue inadecuada por limitarse a evaluar la mejoría del padecimiento gastrointestinal y a pesar de analizar las condiciones de V y establecer el riesgo de choque mixto por la falta de respuesta al manejo no sugirió manejo interdisciplinario como Medicina Interna o Unidad de Cuidados Intensivos o los que fueran necesarios.

**147.** Por lo antes expuesto, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que la atención otorgada a V, por AR1, adscrita al Servicio de Urgencias AR2, AR3 y AR4, adscritos al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, y AR5, adscrito al Servicio de Infectología, todos adscritos al HGR 1, durante su internamiento, fue inadecuada, ya que omitieron realizar una exploración adecuada por lo que incumplieron en el ejercicio de sus funciones dispuestas en los artículos 32, 33, fracción II y 51 de la LGS, en concordancia con los artículos 7, 9 y 48 del RLGS, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones y deficiencias ya expuestas, vulnerando así el derecho humano de protección a la salud y a la vida en perjuicio de V.

**148.** Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del paciente, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la persona enferma, y en su caso, a evitar poner en riesgo la salud del paciente, como quedó evidenciado en el apartado de observaciones y análisis de pruebas del presente instrumento, lo que en el caso de V no aconteció.

**149.** Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo

segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presentará vista administrativa ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación. Asimismo, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1, PMR2 y PMR3 al incumplir la NOM sobre las Residencias Médicas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

## **E.2. Responsabilidad Institucional**

**150.** Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “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.”

**151.** La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran 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 del sistema universal de las Naciones Unidas.

**152.** Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

**153.** En ese tenor, tal y como fue expuesto en el apartado correspondiente, de las evidencias de las cuales se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que personal del HGR 1 del IMSS en la Ciudad de México, incurrió en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. “Del Expediente Clínico” (apartado 5.10), toda vez que algunas notas médicas de evolución que han sido señaladas en la presente Recomendación carecen de nombres completos, firmas y números de cédulas profesionales, así como al apartado 6.2, ya que se observa la ausencia de notas médicas, mismas que deben ser elaboradas por el médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico de éste.

**154.** Además, se identificó la inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas* en el apartado 11.4, ya que la valoración médica fue realizada por médicos residentes sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, por lo que las omisiones en que incurrieron PMR1, PMR2, PMR3 y PMR4 descritas en el apartado de observaciones y valoración de pruebas de la presente Recomendación y que trascendieron al derecho humano a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, son atribuibles al Instituto Mexicano del Seguro Social en atención a



que, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría de la persona médica adscrita, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo relativo al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

## **F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO**

**155.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación integral del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén que al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule 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 Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

**156.** Para tal efecto, conforme a los artículos 1 párrafos tercero y cuarto, 2 fracción I, 7 fracciones I, II, III y VI, 26, 27 fracciones II, III, IV y V, 62 fracción I, 64 fracciones I, II y VII, 65 párrafo primero inciso c), 74 fracción IX, 75 fracción IV, 88 fracción II y XXIII, 96, 97, 106, 110 fracción IV, 111 fracción I, 112, 126 fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral, por el daño que

han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

**157.** Los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, indemnización, 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.

**158.** En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.<sup>81</sup>

**159.** En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V,

---

<sup>81</sup> CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrs. 300 y 301

por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

**a) Medidas de Rehabilitación**

**160.** Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 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*, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

**161.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, se deberá brindar a VI1 y VI2, atención psicológica y tanatológica.

**162.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y 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; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a VI1 y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

## **b) Medidas de Compensación**

**163.** La compensación se encuentra establecida en los artículos 27 fracción III, 64 a 72 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial.

**164.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causadas a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"<sup>82</sup>

**165.** Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de VI1 y VI2 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que sea a su vez acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, para que una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y VI2, por el fallecimiento de V, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

---

<sup>82</sup> Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

### **c) Medidas de Satisfacción**

**166.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

**167.** 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 vista administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación, a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

### **d) Medidas de no repetición**

**168.** Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

**169.** Además, es necesario que las autoridades del IMSS, impartan 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 relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica

citadas en el cuerpo de esta Recomendación, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de continuar activas laboralmente, así como al personal médico de los Servicios de Angiología y Cirugía Vascul ar y al Servicio de Infectología, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano 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. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

**170.** Igualmente, en el plazo de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, al Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar y al Servicio de Infectología del HGR 1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que no se repitan los hechos que motivaron la presente Recomendación y la importancia de integrar correctamente el expediente clínico. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

**171.** Por otra parte, se deberá emitir en el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular dirigida al personal médico de base del Servicio Urgencias, al Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar y del Servicio de Infectología del HGR 1, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”* en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del médico

adscrito, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento incluyendo los acuses de recibo de la citada circular. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.

**172.** En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias, 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.

**173.** 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.** Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de VI1 y VI2 a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y VI2, por motivo del fallecimiento de V, que incluya la medida de

compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se otorgue la atención tanatológica y psicológica que requieran VI1 y VI2, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y 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; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a VI1 y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por la inadecuada atención médica proporcionada a V; así como lo relativo a la integración del expediente clínico, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan en su oportunidad 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 relacionados con el derecho de protección a la



salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de continuar activas laboralmente, así como al personal médico de los Servicios de Urgencias, al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare y al Servicio de Infectología, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o evaluaciones. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** En el plazo de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare y al Servicio de Infectología del HGR 1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que no se repitan los hechos que motivaron la presente Recomendación y la importancia de integrar correctamente el expediente clínico. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de base del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare y del Servicio de Infectología del HGR 1, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas* en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes

siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento incluyendo los acuses de recibo de la citada circular.

**SÉPTIMA.** Se designe a la persona servidora pública con capacidad 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.

**174.** 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 de 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.

**175.** 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.

**176.** Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, 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.

**177.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán 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**