RECOMENDACIÓN NO. 268/2023.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA, AL TRATO DIGNO Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN PERJUICIO DE V1, QVI1 Y VI2 EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "SAN JOSÉ" Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUEBLA.

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2023.

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 primer párrafo; 4, 6 fracciones I, II y III; 15 fracción VII; 24 fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2020/10656/Q**, relacionado con la atención brindada a V en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo

de la Ley de esta 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 y 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117 párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

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

Denominación	Claves
Víctima	V1
Víctima indirecta	VI
Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Opinión Médica emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas	Opinión Médica

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

Nombre	Abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH / Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Fiscalía General de la Republica	FGR
Guía de Práctica Clínica Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de Anemia secundaria a Enfermedad Renal Crónica	Guía IMSS-403-10
Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus (COVID-19) en las Américas, actualizada. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud	Guía COVID
Instituto Mexicano de Seguro Social	IMSS
Unidad Médica de Alta Especialidad “San José” Puebla, Puebla	UMAE
Hospital General de Zona Número 20 “La margarita”, Puebla, Puebla.	HGZ 20
Ley General de Salud	LGS
Ley del Seguro Social	LSS
Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19 emitido por la Secretaría de Salud a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en fecha de 14 de febrero del 2020	Lineamiento COVID
NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Unidad de Medicina Familiar No. 2	UMF 2
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS

I. HECHOS

5. El 23 de julio de 2020 se recibió en esta Comisión Nacional la comparecencia de QVI ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla en la que refirió que el día 6 de mayo de ese año a las 15:00 horas, V1 fue trasladado de la UMAE al HGZ 20 con el objetivo de bridarle atención especializada toda vez que padecía de insuficiencia renal crónica.

6. Una vez que arribó al HGZ 20 en la misma fecha, QVI refirió al personal médico que V1 necesitaba que le realizaran una hemodiálisis, por lo que fue ingresado indicándole que probablemente tenía neumonía. En el turno nocturno de la misma fecha QVI tuvo conocimiento de que su hijo seguía sin recibir la hemodiálisis que necesitaba, informándole el personal médico de ese hospital que le realizarían estudios a V1, que se encontraba delicado por lo que también le realizarían estudio COVID-19, QVI reiteró que su hijo necesitaba una hemodiálisis.

7. El día 7 de mayo a las 10:30 de la mañana le informan a QVI que hasta las 15:00 horas de ese día le realizarían a V1 la hemodiálisis. A las 13:00 horas del mismo día, el personal médico le informó a QVI que V1 está estable y con suministro de oxígeno, reiterándole que hasta las 15:00 horas le realizarían la hemodiálisis, pero que su hijo estaría bien. Finalmente, a las 16:30 horas de ese día QVI es informada de la muerte de V1 debido a un “potasio de 7”, que su corazón no resistió.

8. Debido a lo anterior, y en virtud que la parte quejosa adujó la existencia de actos y omisiones que constituyen arbitrariedades de tipo médico, esta CNDH radicó el expediente de queja **CNDH/4/2020/10656/Q**, al advertir presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 atribuibles al personal médico de la UMAE y del HGZ 20, por lo que se solicitó el informe y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS y se realizaron diversas diligencias para esclarecer los hechos, cuya

valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de consideraciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Oficio V1/002154 de fecha 23 de julio de 2020 mediante el cual el Primer Visitador General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla remite la comparecencia de QVI ante esa Comisión en la que presentó queja por actos y omisiones presuntamente violatorias a derechos humanos de V1.

10. Acta circunstancia de fecha 07 de diciembre de 2020 que da fe a la comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QVI en la que ratificó el contenido de su queja;

11. Correo electrónico de fecha 15 de enero de 2021 mediante el cual personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, remite la información solicitada por personal de esta CNDH con motivo de la integración del expediente materia de esta Recomendación, entre las cuales se refieren las siguientes constancias:

11.1 Oficio 6.702/DIR.0260/2020 de fecha 22 de diciembre de 2020 suscrito por el director de la UMF 2, en el que se adjunta la siguiente documentación:

11.1.1 Nota Médica y Referencia de fecha 06 de mayo de 2020 sin hora, suscrita por PSP3;

11.1.2 Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral de fecha 06 de mayo de 2020 sin hora;

11.1.3 Reporte de resultados de PCR de fecha 11 de mayo de 2020 que reporta resultado negativo a COVID-19;

11.1.4 Referencia y contra-referencia del servicio de Urgencias de fecha 27 de abril de 2020 sin fecha, suscrita por PSP1;

11.1.5 Oficio número 220101200200/DIR/561/2020 de fecha 21 de diciembre de 2020 mediante el cual el Director del HGZ 20 informa, entre otras cosas, que con motivo de los hechos no se inició investigación administrativa toda vez que no existe responsabilidad médica.

11.2 Expediente Clínico de V1 referente a la atención médica que se le brindó en el HGZ 20, en el que obran las siguientes constancias:

11.2.1 Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias de fecha 06 de mayo de 2020 a las 16:14 horas, sin nombre del personal médico que la elaboró;

11.2.2 Nota de Evolución de turno nocturno de fecha 07 de mayo a las 00:30 horas, elaborada por AR3;

11.2.3 Nota de Ingreso de Medicina Interna Guardia Nocturna de fecha 07 de mayo de 2020 a las 13:00 horas, suscrita por AR4;

11.2.4 Nota de Interconsulta del servicio de Infectología de fecha 07 de mayo de 2020 a las 13:10 horas, suscrita por AR5. Nota de Defunción por el servicio de Medicina Interna de fecha 07 de mayo a las 17:30 horas, elaborada por PSP4. Nota de Admisión Médica Continua de fecha 06 de mayo de 2020, suscrita por AR1;

11.2.5 Descripción de tomografía de tórax simple de fecha 06 de mayo de 2020 a las 23:07 horas;

11.2.6 Indicaciones Médicas de fecha 06 de mayo de 2020 a las 17:05 horas, suscrita por AR2;

11.2.7 Registros Clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de fecha 06 de mayo de 2020;

11.2.8 Rol de Hemodiálisis de fecha 07 de mayo de 2020;

12. Oficio número 095503614033/144 de fecha 09 de septiembre de 2021 suscrito por la Jefa de Área de la Dirección Jurídica del IMSS, en el que informa que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS emitió acuerdo de fecha 27 de mayo de 2021 en sentido improcedente respecto de los hechos materia de la queja, adjuntando al mismo:

12.1 Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS sobre los hechos materia de la presente Recomendación en la que determino que la queja es improcedente desde el punto de vista médico.

13. Opinión Médica de fecha 21 de junio de 2022, emitida por personal de esta Comisión Nacional en la que se concluyó que la atención brindada a V1 en la UMAE y el HGZ 20 del IMSS fue inadecuada, trascendiendo a su fallecimiento.

14. Acta Circunstanciada de fecha 24 de agosto de 2023 que hace constar la comunicación sostenida con QVI en la que señala que con motivo de los hechos se presentó denuncia en la FGR.

15. Fe de hechos de 16 de octubre de 2023 que hace constar la recepción de documentación por medios electrónicos por parte de QVI.

16. Fe de hechos de 26 de octubre de 2023 que hace constar el informe por parte de la Coordinadora de Programas del IMSS sobre el estatus laboral de las autoridades responsables señaladas en la presenta Recomendación y que con motivo de los hechos no se inició investigación de índole administrativa.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 21 de diciembre de 2020 el Director del HGZ 20 informó a esta CNDH que con motivo de los hechos materia de esta Recomendación no se inició investigación administrativa toda vez que no existe responsabilidad médica.

18. Con motivo de los hechos se presentó ante la Fiscalía General de la República denuncia en contra del personal médico del HGZ 20, integrándose la C.I. la cual actualmente se encuentra en proceso de integración.

19. El caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, la cual el 27 de mayo de 2021 emitió Acuerdo en la que determinó que la queja era improcedente desde el punto de vista médico dado que el personal médico involucrado "cumplió con lo señalado en el Artículo 51 Capítulo IV de la Ley General de Salud".

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2020/10656/Q,** en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los Derechos Humanos a la Protección de la Salud, a la Vida y Trato Digno, así como al Acceso a la Información en materia de Salud en agravio de V1, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas a la UMAE y al HGZ 20 en la ciudad de Puebla, Puebla, ambos del IMSS, en razón de los siguientes argumentos:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1

21. El artículo 4º párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la SCJN señala que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que por otro lado este derecho tiene una faceta social o pública que consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.[1]

22. La CrIDH ha señalado que el derecho humano a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, por lo que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral;[2] como parte del acceso al derecho a la salud, también ha señalado "que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad"[3].

23. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido

[1] SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.
[2] CrIDH. Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. párr. 60.
[3] CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 120.

como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.[4]

24. La SCJN ha señalado 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 brindarlos con calidad, entendiendo esta como "la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente."[5]

A.1 VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 EN EL IMSS

- **Antecedentes clínicos de V1**

25. V1 era un adulto joven que al momento de los hechos contaba con los antecedentes patológicos de importancia de lesión renal crónica KDIGO 5[6] secundaria a hipoplasia renal bilateral,[7] que amerito manejo sustitutivo de la función renal a partir del año 2015 con diálisis peritoneal por cinco meses, posteriormente se cambió tratamiento sustitutivo con hemodiálisis mediante fistula arteriovenosa en agosto de 2019, epilepsia desde 2017 en control, hipertensión arterial sistémica de

[4] CNDH. Recomendaciones 161/2023, 92/2022, párr. 18, 28/2021, párr. 32, 5/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; y 66/2016, párr. 28.

[5] "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.

[6] Las guías KDIGO se basan en la clasificación de la ERC (enfermedad renal crónica) según la función renal calculada con la medición del filtrado glomerular estimada, además de la presencia de albúmina en la orina. La clasificación 5 hace referencia a una falla renal la cual requiere como tratamiento alguna modalidad dialítica.

[7] Se define como la disminución en el número de nefronas, a menudo solo un 20-30% del número normal, asociada con hipertrofia glomerular y tubular, y alteraciones en la membrana basal y la capsula de Bowman. En la práctica clínica hablamos de hipodisplasia renal ante un paciente con unos riñones pequeños, mal diferenciados o hiperecogénicos, de origen congénito.

cinco años de evolución, cirugía de paratiroides por paratohormona hipertrófica y alérgico a la hioscina.[8]

26. Las Naciones Unidas han señalado que algunas personas y algunos grupos se ven mucho más expuestos que otros a estos riesgos, debido a sus características sociales y demográficas, nivel económico, estado físico, edad, entre otros factores interseccionales, por ello, la vulnerabilidad representa una elevada exposición a determinados riesgos, junto con una capacidad reducida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.[9]

27. Los antecedentes clínicos de V1 así como sus morbilidades descritas, constituyeron factores que debieron ser considerados en todo momento por el personal médico que brindó atención médica en la UMAE y en el HGZ 20 lo cual no sucedió, colocándolo en un mayor riesgo mayor afectando su salud y provocándole la muerte, de la forma que será descrita en los siguientes apartados.

A. 2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA A V1

28. El 27 de abril de 2020 a las 15:18 horas, V1 acudió a la UMF 2 al servicio de Urgencias donde fue valorado por PSP1, médica adscrita a ese servicio quien refirió que V1 le narró que desde hacía 5 días había presentado hipertemia[10] cuantificada de 40.2°c, había acudió a hemodiálisis la cual se le realizó de manera extrainstitucional y posteriormente inició con sensación de escalofríos, malestar

[8] Es un antiespasmódico, estos fármacos contienen y alivian espasmos, se utiliza en el tratamiento de las molestias y el dolor causados por espasmos abdominales.
[9] Naciones Unidas, Oficina Internacional del Trabajo, Protección Social Justicia Social, Una Inversión Durante Todo el Ciclo de Vida, Ginebra, 2003, pp. 2-3. Disponible en línea: https://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/ciclodevida.pdf consultado el 14 de septiembre de 2023.
[10] Aumento de temperatura.

general, artralgias[11], mialgias[12], odinofagia[13], y sintomatología gastrointestinal, manifestó tener tenesmo vesical[14] y disuria[15]. A la exploración física lo encontró con temperatura elevada de 39.3°c, tensión arterial elevada 145/82 mmHg[16], frecuencia cardiaca elevada de 127 latidos/minuto[17], frecuencia respiratoria elevada de 22 respiraciones/minuto[18]; señaló resultados de laboratorio que mostraron urea elevada de 128 mg/dL[19], Bun elevado de 60 mg/dL[20], creatinina elevada de 15.5 mg/dL[21], hemoglobina disminuida de 6 g/dl[22], hematocrito disminuido de 18.9%[23], leucocitos disminuidos de 2.9 10x3ml[24], neutrófilos elevados 89.4%[25], linfocitos disminuidos de 4.81%[26], plaquetas disminuidas de 62,000[27] y en el resultado de la radiografía de tórax observó cardiomegalia, además de contar con criterios de transfusión como lo fueron hemoglobina de 6 g/dl y un hematocrito de 18.9%, por lo que fue remitido al HGZ 20.

29. En el mismo día en el HGZ 20, V1 fue valorado por PSP2 e ingresado con diagnóstico de anemia grado III OMS[28], apoyo transfusional, infección del tracto urinario y egresado del HGZ 20 en la fecha del 29 de abril de 2020 a las 13:00 horas,

[11] Dolor articular.
[12] Dolor muscular.
[13] Dolor en la faringe posterior que se produce con la deglución o sin ella.
[14] Sensación persistente de ganas de orinar tras haber finalizado micción.
[15] Dolor al orinar.
[16] Normal: 120/80 mmHg.
[17] Normal: 60-100 latidos/minuto.
[18] Normal 16-20 respiraciones/minuto.
[19] Normal: 18-55 mg/dL.
[20] Normal: 7.0-18 mg/dL.
[21] Normal:0.57-1.2 mg/dL.
[22] Normal: 12.20-18.1 g/dl.
[23] Normal: 37.7-53.7%.
[24] Normal: 4.6-10.2 10x3ml.
[25] Normal: 60-80%.
[26] Normal: 20-30%.
[27] Normal: 142,000-424,000.
[28] Hemoglobina de 6-7.9 g/Dl, considerada como grave.

con diagnóstico de anemia corregida, ERC KDIGO 5 en HD,[29]infección del tracto urinario, síndrome anémico que requirió transfusión de 2 UI de paquete globular en su internamiento.

30. De acuerdo con la Opinión Médica las acciones de PSP1 y PSP2 fueron adecuadas dado que debido a la sintomatología de V1 requería de transfusión sanguínea, conforme a lo señalado por la Guía IMSS-403-10[30].

31. El 06 de mayo de 2020 a las 06:26 horas, V1 acudió a la UMF 2 siendo valorado por PSP3 en el servicio de Triage y Urgencias a quien refirió presentar tos seca inicial y posteriormente expectorante de cuatro días de evolución, que se acompañó con disnea,[31] fiebre no cuantificada, escalofríos y mialgias; por lo que esa médica le prescribió prazosina,[32] telmisartán[33] y calcio, a la exploración física lo encontró con tensión arterial elevada de 146/88 mmHg, frecuencia cardiaca elevada de 124 latidos por minuto, frecuencia respiratoria elevada de 23 respiraciones por minuto, temperatura elevada de 38.7°c, SO2 87% disminuida[34], palidez de tegumentos, estigmas de insuficiencia renal sin especificar cuales, faringe hiperémica[35], campos pulmonares aireados, movimientos ventilatorios disminuidos con estertores basales, abdomen asignológico[36], integrando los diagnósticos de infección respiratoria

[29] Enfermedad renal KDIGO 5 en hemodiálisis.
[30] La transfusión de glóbulos rojos está indicada en pacientes con anemia aguda y grave asociada a inestabilidad hemodinámica, hemólisis aguda o sepsis severa.
[31] Dificultad para respirar.
[32] Antihipertensivo que funciona al relajar los vasos sanguíneos para que la sangre pueda fluir más fácilmente a través del cuerpo.
[33] Antihipertensivo no-peptídico.
[34] Saturación normal de 95%.
[35] Enrojecida.
[36] Sin datos patológicos.

inferior aguda, enfermedad renal crónica KDIGO 5 en tratamiento de hemodiálisis, síndrome anémico[37], probable neumonía viral[38].

32. En la misma fecha, PSP3 indicó el traslado de V1 en ambulancia al servicio de Urgencias de la UMAE a fin de que recibiera atención especializada, refiriéndolo con pronóstico reservado, urgencia real para tratamiento especializado con las indicaciones de: pasar a módulo respiratorio área de aislamiento; como medidas generales: posición semifowler, oxígeno con puntas nasales, monitorización de signos vitales; solución salina al 0.9% para mantener vena permeable; como medicamentos metamizol[39], olsetamivir[40], amoxicilina[41], riesgo alto de caída; traslado en ambulancia por ser paciente sospechoso. De acuerdo con la Opinión Médica el tratamiento por PSP3 fue adecuado pues V1 era un paciente con comorbilidades importantes que requerían manejo especializado en un hospital de segundo nivel, además de que cumplía con los criterios de sospecha de COVID-19.

33. En ese sentido V1 fue trasladado en ambulancia al servicio de Admisión Médica Continua de la UMAE donde el 06 de mayo de 2020 a las 14:15 horas fue valorado por AR1, quien en resumen médico refirió únicamente que se trata de masculino de 28 años de edad, que se le realizó protocolo de estudio de COVID-19, sin mencionar en que consistió y reporto estudios de laboratorio con elevación de DHL 429[42] y CK

[37] Es la disminución de la masa eritrocitaria por debajo de los valores necesarios para un transporte óptimo de oxígeno a los tejidos; los síntomas y signos específicos del síndrome anémico son consecuencia de este hecho y de las respuestas cardiovasculares compensadoras según la gravedad y la duración de la hipoxia.
[38] En pacientes que se presentan durante la fase aguda de enfermedad por virus influenza con datos clínicos sugerentes y ocupación alveolar evidente, con cultivos bacterianos negativos de vías respiratorias y sangre.
[39] Antipérico-analgésico.
[40] Antiviral.
[41] Antibiótico.
[42] Deshidrogenasa láctica normal: 120-246 UI/L.

534[43], por lo que se decidió su envió al HGZ 20 para el seguimiento de padecimiento de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. La Opinión Médica resalta que AR1 en su resumen clínico, en ningún momento indicó que V1 había sido enviado para realización de hemodiálisis de urgencia.

34. En el expediente clínico de V1 obran los resultados de laboratorio de los estudios realizados en fecha 06 de mayo de 2020 a las 10:30 horas, en los cuales sobresale los resultados de creatinina de 16.34 mg/dL, urea de 139.9 mmg/dL, nitrógeno ureico 65.4, de los marcadores de inflamación la DHL de 429 UI/L, creatinfosfoquinasa de 534 UI/L[44], con relación a electrolitos séricos elevación de potasio a 6.9 mmol/L[45], a nivel hematológico con disminución de hemoglobina a 8.0 g/dl, del hematocrito 25.9%, plaquetas 72 10x3/ml, linfocitos 9%, elevación de neutrófilos 86%[46] y tiempo de coagulación alargados con tiempo de protombina de 18.4 seg.[47], INR 1.35[48], tiempo de tromboplastina de 44.6 seg[49].

35. Es preciso señalar que V1 era un paciente con insuficiencia renal crónica KDIGO 5; es decir, en falla renal terminal, presentado además otros padecimientos como anemia moderada e hipertensión arterial sistémica de forma crónica que lo colocaban en especial vulnerabilidad con alto riesgo a deteriorarse; asimismo, con base en las notas médicas del expediente clínico de V1 se desconoce cuándo fue que se le realizo la última hemodiálisis y que presentó cifras a más del triple de los valores de referencia de creatinina, urea, nitrógeno ureico y elevación importante de potasio a 6.9 mmol/L, cifra que se considera universalmente como indicación para

[43] Creatinfosfoquinasa normal: 32-294.
[44] Normal de 32-294 UI/L.
[45] Normal: 3.5-5.5 mmol/L.
[46] Normal: 60-80%.
[47] Normal: 13-16.4 seg.
[48] Indica el tiempo que tarda en coagularse la sangre de una persona, en condiciones normales este es igual a 1.
[49] Normal: 25-35 seg.

realizar una emergencia dialítica[50], lo que implicó que V1 presentara una mayor morbilidad y mortalidad, ante esta situación ante esta situación era indispensable que a V1 se le realizara una hemodiálisis de urgencia, ya que AR1 contaba con criterios objetivos para llevarla a cabo; la Opinión Médica refiere que se desconoce la causa o motivo por la cual AR1 omitió realizar la hemodiálisis a V1 en ese hospital de tercer nivel, que cuenta con los recursos para poder llevarla a cabo, también omitió establecer durante la estancia de V1 en la UMAE, medidas antihiperkalemicas; es decir, tratamiento que tiene como fin la disminución de los niveles de potasio, tampoco se hizo referencia a las medidas y manejo médico que continuaron o se modificaron al haber sido referido V1 como paciente sospechoso de COVID-19 o si en su caso, se descartó el diagnóstico ya que tampoco lo estableció como diagnóstico de egreso.

36. En las notas médicas suscritas por AR1 se evidenció la falta de descripción del interrogatorio, la exploración física, el plan de manejo, tratamiento médico establecido, pronóstico de V1, que en el caso era necesario por la morbilidad de V1 y su especial situación de vulnerabilidad. Existe evidencia de que AR1 remitió a V1 al HGZ 20 para el seguimiento de su padecimiento de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis; sin embargo, la Opinión Médica advirtió que no existían notas médicas en las que se refiriera el hospital al que se remitía su atención, la interpretación completa de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, medidas generales y tratamiento médico indicado, tampoco se hizo mención de las medidas y manejo

[50] La bibliografía médica señala que la urgencia dialítica se define como la necesidad de realizar terapia de reemplazo renal en las próximas horas con el fin de evitar complicaciones graves para la integridad del organismo o incluso la muerte; que una de las principales causas de urgencia dialítica es la hiperpotasemia, que es la elevación de potasio, definida como una concentración sérica de potasio mayor de 5.5 mmol/L en presencia de insuficiencia renal. Hasta 6 mmol/L se considera leve, 6.5 mmol/L es moderada y mayor a 6.5 mmol/L se clasifica como grave. Tambien se considera grave sin importar el valor, si se acompaña de cambios electrocardiográficos asociados a hiperpotasemia como son ondas T picudas de V1 a V4, bloqueos auriculoventriculares, ensanchamiento de QRS, arritmias ventriculares, fibrilación ventricular o asistolia.

con que se refirió a V1 al HGZ 20, especialmente si requería una hemodiálisis de rescate, así como la razón por la cual no se realizó en esa UMAE, siendo un hospital de tercer nivel.

37. En el mismo día a las 16:14 horas, V1 fue ingresado al HGZ 20 donde fue valorado por AR2 en el servicio de Triage y Urgencias, quien mencionó que V1 fue remitido por la UMAE por dificultad respiratoria con antecedentes personales y patológicos ya referidos, reportándolo con tensión arterial disminuida de 110/70 mmHg y una saturación de oxígeno de 98% estableciendo en Triage en amarillo[51], observándolo consciente, orientado en las 3 esferas, con palidez de tegumentos, coloración ocre de piel, tórax con campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular en región basal derecha y estableció como impresión diagnóstica enfermedad renal crónica en hemodiálisis, a descartar derrame pleural y probable síndrome anémico; narró que informó al familiar la necesidad de ingreso hospitalario del agraviado ya que se encontraba delicado.

38. Al respecto, AR2 como plan lo ingresó a observación con indicaciones de ayuno, solución salina 1000 cc para 24 horas, omeprazol[52], furosemida[53], prazosina[54], telmisartán[55], fenitoína[56], calcitril[57], metoprolol[58], levotiroxina[59], cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno; asimismo, solicitó laboratorios de control de

[51] Esa clasificación establece que el paciente presenta condiciones médicas en las cuales puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido, por lo que, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión sino recibe la atención correspondiente.
[52] Protector de mucosa gástrica.
[53] Diurético.
[54] Antihipertensivo.
[55] Antihipertensivo.
[56] Antiepiléptico.
[57] Vitamina D3.
[58] Bloqueador del receptor β_1.
[59] Hormona tiroidea.

biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea y tomografía simple de tórax, posición semifowler estricto, vigilar estado de alerta y colocación de oxígeno con puntas nasales a 3 litros por minuto.

39. La Opinión Médica resaltó que al ingreso de V1 a ese hospital, AR2 desestimó la urgencia de su atención sin realizar una adecuada anamnesis.[60] Refirió que aunque se solicitaron estudios de laboratorio y gabinete no lo hizo de manera urgente, además de omitir requerir marcadores inflamatorios como DHL, CPK[61], PCR[62], fibrinógeno, tiempos de coagulación y gasometría arterial ante un caso sospechoso de COVID-19 e indicar medidas como aislamiento, control estricto de líquidos y filtración glomerular ante un paciente con insuficiencia renal crónica, estudios y medidas indispensables para establecer estado clínico y normar manejo a seguir.

40. El 07 de mayo de 2020 a las 00:30 horas V1 fue valorada por AR3 en el turno nocturno del servicio de Urgencias del HGZ 20, quien reportó que V1 cursaba con 8 horas de estancia intrahospitalaria en ese servicio con los diagnósticos de neumonía probable, secundaria a enfermedad por COVID-19, enfermedad renal crónica estadio V1 en hemodiálisis, hipertensión arterial y crisis convulsivas. Mencionó los resultados del estudio de laboratorio realizados un día anterior en el que se apreció glucosa disminuida de 62 mg/dL, urea elevada de 149.8 mg/dL, creatinina elevada de 17.35 mg/dL, potasio elevado de 5.8 mmol/L, hemoglobina disminuida de 8.34 g/dl, hematocrito disminuido de 25.2%, plaquetas disminuidas de 55,000, neutrófilos elevados de 82.6 10x3/ul; a la exploración física reportó

[60] Proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.
[61] Creatinfosfoquinasa.
[62] Reacción en cadena de la polimerasa.

campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido infraescapular y medial bilateral con crépitos audibles de predominio izquierdo, canalizándolo al área de aislamiento y solicitó laboratorios de biometría hemática, y marcadores de inflamación de deshidrogenasa láctica, ferritina, Dímero D, CPK, CKMB[63] e hizo mención que en la tomografía de tórax observó imagen de vidrio despulido de predominio derecho, solicitando a la Subdirección Médica de ese hospital el internamiento intrahospitalario de V1 por probable enfermedad de COVID-19.

41. AR3 mencionó que V1 presentaba un pronóstico reservado a evolución, indicando medidas generales posición de semifowler, vigilar patrón ventilatorio, estado hemodinámico, signos vitales cada 6 horas, oxígeno a 3 litros por minuto por cánula nasal, vigilar y mantener eutermia[64], vigilancia de datos de sangrado, mascarilla N95 permanentemente, aislamiento, manejo de solución glucosada al 50% intravenosa de dosis única, solución mixta de 250cc intravenosa para 224 horas y como medicamentos omeprazol, furosemida, prazocin[65], telmisartán, fenitoína, metoprolol, levotiroxina, enoxaparina[66] y paracetamol; también solicitó cruzar y tipificar 8 concentrados plaquetarios.

42. De acuerdo con la Opinión Médica, aunque AR3 inició protocolo y manejo por ser V1 paciente COVID-19 en la nota de evolución correspondiente desestimo la gravedad de las cifras de azoados como lo son la urea, creatinina, potasio el cual se mantuvo alto, la presencia de neutrófilos elevados indicativos de proceso infeccioso secundario, así como la existencia de zonas de consolidación

[63] Creatincinasa fracción MB.
[64] Temperatura normal.
[65] Antihipertensivo.
[66] Anticoagulante.

subpleurales[67], lo que sumado a la insuficiencia renal crónica, el síndrome anémico, la hipertensión arterial de 5 años de evolución y la infección por probable COVID-19 que V1 padecía, contribuyeron a su deterioro sumado al hecho de que hasta ese momento no se había realizado la hemodiálisis que V1 necesitaba con urgencia, así como opinión sobre los resultados de laboratorio con relación al funcionamiento renal, a la hiperpotasemia y la plaquetopenia importante que presento V1.

43. Cabe señalar que en el expediente clínico se advirtió hoja de rol de hemodiálisis de fecha 07 de mayo a las 15:30 horas, en el que se señaló la programación de V1 para la realización de la misma en el grupo 3 correspondiente a pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19, lo que coincide con la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de fecha 07 de mayo de 2020; asimismo, la Opinión médica refirió que de forma general AR3 reportó a V1 estable, lo que no coincide con la hoja de registros referida que refirió a V1 como delicado a las 24:00 horas de ese día.

44. En la misma fecha a las 01:00 horas, V1 fue ingresado a piso COVID-19 a cargo del servicio de Medicina Interna en donde fue valorado por AR4 quien manifestó estar enterado del caso de V1, reportándolo con tensión arterial elevada de 150/80 mmHg, frecuencia cardiaca en el límite de los 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, con leve dificultad respiratoria, disminución de la entrada del aire bibasal, en cuanto a la saturación de oxígeno se hace referencia a dos cifras, una sin oxígeno del 88% y otra del 99%, lecturas respecto de las cuales no se especifican las condiciones de su toma distando mucho la una de la otra; sobre el resultado de la tomografía se reportó hiperdensidad lobar

[67] Las consolidaciones subpleurales se identificaron como lesiones hipoecoicas localizadas en la región subpleural, para ser más específicos por debajo de la pleura, o bien descritas como "signo de la pleura cortada", las cuales presentan cambios en su tamaño a la inspiración y espiración.

basal izquierdo, por lo que ajusto manejo agregando metilprednisonia[68] y solamente dejo solución base salina de 100 ml para 24 horas y lo refirió con altas posibilidades de complicarse sin especificar el motivo y que cursaba con pronóstico reservado a evolución y a respuesta del tratamiento establecido.

45. Al respecto la Opinión Médica señaló que aunque AR3 señaló que V1 tenía altas posibilidades de complicarse con los datos referidos correspondientes a la exploración física, los resultados de laboratorio y los de la tomografía, era apreciable de forma objetiva que V1 estaba deteriorado por lo que en efecto se complicó, sin que ese médico hubiera realizado los ajustes necesarios dado la gravedad de V1; ya que omitió solicitar que se le vigilara sus patrones respiratorio, hemodinámico y signos vitales en forma continua y no cada 6 horas como ocurrió en el caso, de igual manera omitió realizar una gasometría arterial tanto para valorar el patrón respiratorio ante una saturación de oxígeno al 88% y síntomas respiratorios descritos, así como el patrón renal ante la existencia de acidosis metabólica que hubiera permitido identificar su urgencia dialítica, lo anterior pues se pudo advertir, de conformidad con el Lineamiento COVID[69]y de acuerdo con la escala NEWS,[70] por su sintomatología que V1 presentaba, esté tenía un riesgo clínico alto, requiriendo una respuesta emergente; es decir, donde el equipo de respuesta rápida

[68] Inflamatorio no esteroideo.

[69] "…es importante valorar la relación PaO2/FiO2 en pacientes con SpO2 ≤90%.13 Si no se cuenta con un análisis gasométrico, se sugiere considerar el cálculo de la PaO2/FiO2 … utilizar adicionalmente escalas para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con sospecha de infección, como por ejemplo NEWS (National Early Warning Score) 1213 o qSOFA, 14 que permitan a los médicos de cuidados críticos identificar y valorar tempranamente a los pacientes críticamente enfermos.

[70] Escala que clasifica la advertencia de temprana, asignando una serie de valores a las variables Frecuencia respiratoria, Sp02, uso de oxígeno suplementario, presión arterial sistémica, pulso por minuto, estado de conciencia y temperatura, con relación con una serie de escala de valores lo que permite calcular el riesgo clínico que va del 0 al 7.

debe estar capacitado para el manejo crítico por tener una escala NEWS mayor a 7.

46. A las 13:10 horas del mismo día, V1 fue valorada por AR5 en el servicio de Infectología quien a la exploración física reportó tensión arterial elevada de 140/95 mmHg, con palidez moderada de tegumentos, con ruidos cardiacos, con lesiones en vidrio despulido en ambos campos pulmonares y sobrecarga hídrica, por lo que solicitó panel COVID-19 para el día siguiente e indicó cloroquina[71] y mencionó que presentó disnea[72]. Lo anterior, en términos de la Opinión médica, no es concordante con la exploración clínica que se había reportado desde su ingreso y con los hallazgos tomográficos reportados, asimismo, dicho médico no hizo referencia a que V1 presentó criterios de encontrarse en sepsis, así como tampoco con la nota médica de fecha 07 de mayo suscrita por PSP4, a las 17:30 horas en la que manifestó que V1 falleció por choque séptico de 8 horas de evolución, situación que no concuerda con la nota médica de AR5 dado que si V1 hubiera tenido que estar en dicha condición desde las 08:00 horas de ese día, lo que no hubiera sido inadvertido por dicho médico; asimismo, no existe evidencia en el expediente clínico del apoyo y manejo que se brindó a V1 cuando evoluciono a choque séptico.

47. De acuerdo con las anotaciones realizadas por el servicio de enfermería en la hoja de registros clínicos, se hace mención que siendo las 14:20 horas de ese día, comienza a deteriorarse y finalmente refieren que falleció a las 16:08 horas.

48. En ese orden de ideas, dadas las condiciones clínicas y metabólicas que presentó el paciente en la atención brindada el 06 de mayo de 2020, se observa que AR1 omitió realizar a V1 hemodiálisis de urgencia, a fin de estabilizarla y

[71] Fármaco antipalúdico, indicado en ese momento de pandemia como tratamiento.
[72] Dificultad para respirar.

posteriormente realizar el traslado a otro hospital si era necesario, incumpliendo con ello los artículos 32 y 51 de la LGS,[73] así como los artículos 9, 48, 72 y 73 del Reglamento de la LGS,[74]el artículo 111 A de la LSS,[75]los artículos 7, 8 y 92 del Reglamento IMSS[76]y los numerales 6.4, 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3, 6.4.3.1, 6.4.3.2 y 6.4.3.3 de la NOM-004-SSA3-2012.[77] En la atención médica otorgada por AR2 a V1 en el

[73] Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud."
Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
[74] Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
Artículo 72. Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.
Artículo 73. El responsable del servicio de urgencias del establecimiento está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.
[75] Artículo 111 A. … En el expediente clínico electrónico se integrarán los antecedentes de atención que haya recibido el derechohabiente por los servicios prestados de consulta externa, urgencias, hospitalización, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.
[76] Artículo 7. Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores.
Artículo 8. El personal de salud a que hace alusión el artículo anterior deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes. Para tal efecto, cumplirá con lo dispuesto en la Ley y en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como en la normatividad y procedimientos institucionales en la materia.
Artículo 92. Al egreso del derechohabiente del servicio de urgencias, el médico tratante deberá enviar al médico familiar o no familiar, según corresponda, en los formatos establecidos, la información sobre la atención médica otorgada.
[77] **6.4** Nota de referencia/traslado.
De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:
6.4.1 Establecimiento que envía;
6.4.2 Establecimiento receptor;
6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
6.4.3.1 Motivo de envío;
6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

HGZ 20 en la misma fecha dicha médica incumplió con lo previsto en los artículos 32 y 51 de la LGS, los artículos 9 y 48 del Reglamento de la LGS, el artículo 7 del Reglamento IMSS, los numerales 5.10, 7, 7.1, 7.1.1 y 7.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012[78]y la Guía COVID,[79]Lineamiento COVID.[80]

49. Así también, la atención médica proporcionada por AR3 y AR4 a V1 en la fecha del 07 de mayo de 2020, fue contraria a lo dispuesto en los artículos 32 y 51 de la LGS, los artículos 9 y 48 del Reglamento de la LGS, el artículo 7 del Reglamento

[78] **5.10** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.
…
7 De las notas médicas en urgencias
7.1 Inicial.
Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:
7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;
7.1.2 Signos vitales;

[79] "*Se recomienda tener en cuenta para el manejo clínico de los pacientes los siguientes factores de riesgo para la progresión de la enfermedad por COVID-19: la edad avanzada, la hipertensión, la obesidad, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar crónica (por ejemplo, la obstructiva crónica y el asma), la enfermedad renal crónica, la enfermedad hepática crónica, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer y las enfermedades que producen inmunodeficiencia. … Se sugiere monitorizar según su disponibilidad y el criterio clínico, los siguientes marcadores que han sido asociados con una mayor mortalidad en pacientes críticos con COVID-19: conteo elevado de leucocitos, deshidrogenasa láctica, fibrinógeno, troponina cardiaca, proteína C reactiva, creatinina, dímero D y ferritina. Así mismo aquellos marcadores relacionados con infecciones secundarias como son la disminución de los niveles de albúmina y el conteo de plaquetas. Si se encuentra disponible, se sugiere también monitorizar la interleucina-6. … La administración de antibióticos debe iniciarse en menos de una hora de la evaluación del paciente. La terapia antibiótica debe ser desescalada con base en los resultados microbiológicos y el juicio clínico*."

[80] "Atención médica en segundo y tercer nivel (paciente ambulatorio adulto) … Recepción de paciente con síntomas respiratorios Cuando se ha identificado a un paciente con síntomas respiratorios que cumplan con criterios de caso sospechoso, deberá permanecer bajo medidas de aislamiento de contacto. La asignación de un área de aislamiento debe adaptarse a la condición clínica del paciente, identificada en la consulta de priorización (triaje). … Se sugiere utilizar adicionalmente escalas para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con sospecha de infección, como por ejemplo NEWS (National Early Warning Score) 1213 o qSOFA, 14 que permitan a los médicos de cuidados críticos identificar y valorar tempranamente a los pacientes críticamente enfermos.

IMSS, la Guía COVID,[81]y el Lineamiento COVID.[82] En ese sentido, por las anteriores consideraciones esta CNDH acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico adscrito a la UMAE y al HGZ 20 vulneró el derecho de V1 a acceder al nivel más alto de salud física y mental posible

B. DERECHO A LA VIDA

50. La vida como derecho fundamental se encuentra reconocido en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo, en el ámbito de su respectiva competencia.

51. La SCJN ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, no sólo prohíbe la privación de la vida, también exige a la luz de la obligación garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos y que adopte medidas positivas para preservar ese derecho; en ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.[83]

52. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana

[81] "Se recomienda tener en cuenta para el manejo clínico de los pacientes los siguientes factores de riesgo para la progresión de la enfermedad por COVID-19: … la enfermedad renal crónica … La administración de antibióticos debe iniciarse en menos de una hora de la evaluación del paciente. La terapia antibiótica debe ser desescalada con base en los resultados microbiológicos y el juicio clínico.

[82] Se sugiere utilizar adicionalmente escalas para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con sospecha de infección, como por ejemplo NEWS (National Early Warning Score) 1213 o qSOFA, 14 que permitan a los médicos de cuidados críticos identificar y valorar tempranamente a los pacientes críticamente enfermos.

[83] SCJN, Tesis Constitucional, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", Registro 163169.

sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

53. Al respecto la CrIDH ha establecido que: "El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él".[84]

B.1 VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V1

54. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por el personal médico de la UMAE y el HGZ 20 del IMSS, también son el soporte que permitió acreditar la violación del derecho de protección de la vida de V1.

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

55. En la atención médica de fecha 06 de mayo de 2020 brindada por AR1, médico adscrito a la UMAE, la Opinión Médica evidenció la falta de descripción del interrogatorio, de la exploración física, el plan de manejo, el tratamiento médico establecido, así como el pronóstico de V1, pese a la alta morbilidad y mortalidad que presentaba en ese momento por su posición de especial vulnerabilidad, lo que además de constituir omisiones violatorias del derecho de protección de la salud, tuvieron repercusiones directas en la muerte de V1.

56. En la misma fecha AR1 remitió la atención de V1 al HGZ 20, pese a sus omisiones de atención y tratamiento, además omitiendo indicar manejo de ingreso a ese hospital de realización de hemodiálisis de rescate que V1 sí requería por su alta morbilidad y mortalidad. En ese sentido AR1, dadas las condiciones clínicas y metabólicas que presento el paciente, omitió realizar a V1 hemodiálisis de urgencia a fin de estabilizarla y posteriormente realizar el traslado a otro hospital si era necesario, lo que contribuyó con el deterioro de V1. En la atención médica brindada a V1 en el HGZ 20 en el mismo día, AR2 desestimo la urgencia de su atención sin realizar una adecuada anamnesis; asimismo, omitió requerir marcadores inflamatorios como DHL, CPK[85], PCR[86], fibrinógeno, tiempos de coagulación y gasometría arterial ante un caso sospechoso de COVID-19 e indicar medidas como aislamiento.

57. En la atención brindada a V1 por AR3 el 07 de mayo de 2020, se desestimó la gravedad de las cifras de azoados, lo que en conjunto con la insuficiencia renal crónica, el síndrome anémico, la hipertensión arterial de 5 años de evolución y la infección por probable COVID-19 que V1 padecía, contribuyeron a su deterioro. La Opinión Médica es enfática en señalar que desde la primera atención que V1 recibió

[85] Creatinfosfoquinasa.
[86] Reacción en cadena de la polimerasa.

en la UMAE hasta la recibida en la fecha y hora señaladas del 07 de mayo del mismo año, no existe constancia de se tratara la insuficiencia renal de V1, ni de los motivos para no realizar en todas las oportunidades la hemodiálisis que V1 necesitaba con urgencia, lo cual fue responsabilidad directa de AR1, AR2 y AR3.

58. AR4 en la atención médica del 07 de mayo de 2020, no realizó los ajustes necesarios dada la gravedad de V1, omitió solicitar que se le vigilara sus patrones respiratorio, hemodinámico y signos vitales en forma continua y no cada 6 horas como ocurrió en el caso, de igual manera omitió realizar una gasometría arterial tanto para valorar el patrón respiratorio ante una saturación de oxígeno al 88% y síntomas respiratorios descritos, así como el patrón renal ante la existencia de acidosis metabólica que hubiera permitido identificar su urgencia dialítica, lo que favoreció a que V1 se complicara pues a las 00:00 horas de ese día V1 fue reportado como delicado, a las 04:00 horas como grave, a las 05:00 horas se refiere que se avisó a la guardia sobre insuficiencia respiratoria y fiebre, a las 5:30 horas se le colocó mascarilla reservorio y sin que la aceptara, sin que obre en el expediente clínico evidencia de que AR4 el apoyo que se le otorgó al paciente ni el manejo y medidas utilizadas para tratar de estabilizarlo.

59. V1 evolucionó a choque de sepsis sin que pudiera conocerse el apoyo y manejo que se le brindo a V1 por no existir esa información en el expediente clínico respectivo y finalmente falleció a las 16:08 horas de ese día. El conjunto de antecedentes y la omisión de cuidados por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, condicionó un mayor deterioro renal, metabólico y respiratorio por lo que V1 falleció como consecuencia de choque séptico y neumonía probable a COVID-19.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO, DEBIDO A LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD[87] DE V1, COMO PERSONA ADULTA JOVEN CON COMORBILIDADES

60. La dignidad humana es un derecho humano y un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, que debe ser respetada en todo caso, cuya importancia resalta por ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos humanos, entendiéndola como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y a no ser degradada; siendo reconocida en los artículos 1 último párrafo; 2 apartado A, fracción II, 3 fracción II, inciso c), y 25 de la CPEUM.[88]

61. El artículo 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho de toda persona a recibir un trato digno y disponen que es obligación de las autoridades y personas servidoras públicas en el ejercicio de sus funciones promover, proteger, así como asegurar el goce de sus Derechos Humanos y libertades.

62. El derecho al trato digno ha sido definido como "*la prerrogativa que tiene todo ser humano a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, generalmente*

[87] La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel "estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas."

[88] SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 37/2016, DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA, Registro digital: 2012363.

aceptadas por los miembros de la especie humana y reconocidas por el orden jurídico"[89].

63. En el ámbito del acceso a los servicios de salud, el artículo 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social establece que "el personal de salud debe otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando el ejercicio clínico apegado a los altos estándares de calidad para lo cual, entre otros aspectos, deberá proporcionar a éste, a sus familiares o representante legal, la información clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento."

64. En ese sentido el servicio médico debe ser prestado en cumplimiento de los estándares de calidad, calidez, eficiencia y excelencia, que tome en cuenta los factores diferenciados que colocan en una situación de desventaja al paciente para una adecuada atención de calidad, que permita que pueda disfrutar de diagnósticos y tratamientos adecuados, en los que se respete su dignidad como base del disfrute de sus demás derechos.

C1. VULNERACIÓN DEL DERECHO AL TRATO DIGNO DE V1

65. Con relación a la atención médica de fecha 06 de mayo de 2020 brindada por AR1, la Opinión Médica evidenció la falta de descripción del interrogatorio, de exploración física, el plan de manejo, el tratamiento médico establecido, así como el pronóstico de V1, por ello como fue referido, se omitió brindarle un trato adecuado y digno, pues AR1 no tomó en consideración los factores de salud que en ese momento lo colocaban en una especial situación de vulnerabilidad, así como de alta morbilidad y mortalidad por la sintomatología alterada que desde su ingreso a la UMAE presentaba y que sí tuvo repercusiones en la muerte de V1. Lo anterior, se

[89] SOBERANES Fernández José Luis. "Hechos violatorios de los Derechos Humanos. Manual para su calificación." Editorial Porrúa. 3ª Edición. México, 2019, página 275.

refuerza con el hecho de que con el envío de V1 al HGZ 20 en la misma fecha, no existe evidencia en el expediente clínico respectivo de que dicho médico, pese a las omisiones descritas, hubiera indicado como manejo de ingreso a ese hospital la realización de hemodiálisis de rescate que V1 sí necesitaba.

66. En la atención médica brindada a V1 en el HGZ 20, AR2 desestimó la urgencia de su atención sin realizar una adecuada anamnesis; asimismo, omitió establecer un manejo adecuado ante un paciente con insuficiencia renal crónica indispensable para establecer estado clínico y normar manejo a seguir. En la atención recibida por V1 el 07 de mayo de 2020, AR3 desestimó la gravedad de las cifras de azoados presentados por V1, lo que, en conjunto con la insuficiencia renal crónica, el síndrome anémico, la hipertensión arterial de 5 años de evolución que V1 padecía, contribuyeron a su deterioro.

67. Aunado a lo anterior, la Opinión Médica remarca que hasta el momento de la fecha y hora señalada no se tenía constancia en el expediente clínico de V1 y con relación a su primera atención en la UMAE sobre el manejo de la insuficiencia renal que V1 padecía, así como los criterios de AR1, AR2 y AR3 para no realizar en cada oportunidad la hemodiálisis que V1 requería con urgencia.

68. En la atención médica del 07 de mayo de 2020, AR4 omitió realizar los ajustes necesarios dado la gravedad de V1, omitiendo además solicitar que se le vigilará constantemente su sintomatología lo que hubiera permitido identificar su urgencia dialítica, favoreciendo que la salud de V1 se complicara. A las 13:10 horas del mismo día, V1 fue valorada por AR5 en el servicio de Infectología quien a la exploración física reportó datos que, de acuerdo con la Opinión médica, no fueron concordantes con la exploración clínica que se había reportado desde su ingreso y con los hallazgos tomográficos reportados; asimismo, dicho médico no hizo

referencia a que V1 presentó criterios de encontrarse en sepsis; en ese sentido, cuando V1 evolucionó a choque de sepsis no pudo conocerse el apoyo y manejo que se le brindó a V1 dado que no existe esa información en las notas médicas del expediente clínico.

69. La Opinión Médica remarca que V1 contó con varios factores que lo hacían una persona especialmente vulnerable, como lo eran las comorbilidades que presentaba en el momento de los hechos y que se trataba de un paciente inmunocomprometido, estando totalmente desprotegido ante la probable infección por COVID-19, por lo que este conjunto de antecedentes y la omisión de cuidados por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 permiten a esta CNDH acreditar que además se vulneró el derecho humano de V1 a un trato digno.

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

70. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General No. 14, ha sostenido 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".[90]

71. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que "la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad".[91]

[90] Observación General No. 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. 2000. Párrafo 12. Inciso b), IV).
[91] CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.

72. Así mismo, consideró que "[…] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico".[92]

73. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, advierte en su introducción que: "[…] todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables".

74. La misma Norma señala que las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-medico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado".

D1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

75. V1 era un paciente con comorbilidades importantes que requerían manejo especializado, por lo que es importante referir que en el resumen clínico realizado por AR1 el 06 de mayo de 2020 a las 14:15 horas, no fue asentado el envió de V1 para la realización de hemodiálisis. Con relación a la atención médica de fecha 06 de mayo de 2020 brindada por AR1, en las notas médicas relativas no se asentó la descripción del interrogatorio, exploración física, el plan de manejo, tratamiento médico establecido, pronóstico de V1, pese a la alta morbilidad y mortalidad que presentaba en ese momento, lo cual es contrario al derecho de acceso a la

[92] Ibidem, p. 27

información en materia de salud por impedir saber que dicha atención efectivamente se realizó, así como los detalles de la misma.

76. Con relación a la misma atención médica, en las notas médicas suscritas por AR1 la Opinión Médica se evidenció la falta de descripción del interrogatorio, exploración física, el plan de manejo, tratamiento médico establecido, pronóstico de V1, que en el caso era necesario por la morbilidad y mortalidad de V1, tampoco existían notas médicas en las que se refiriera el hospital al que se remitía su atención, la interpretación completa de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, medidas generales y tratamiento médico indicado, además no se hizo mención de las medidas y manejo con que se refirió a V1 al HGZ 20. En el mismo día a las 16:14 horas, V1 fue ingresado al HGZ 20 donde fue valorado por AR2 en el servicio de Triage y Urgencias dicha atención fue conocida por la existencia de nota de indicaciones de fecha 06 de mayo de 2020, dado que no obran notas médicas realizadas por AR2 sobre dicha atención.

77. En las notas médicas correspondientes a la atención de V1, del 07 de mayo a V1 por AR3, se refirió a V1 con altas posibilidades de complicarse, sin especificar el motivo por el cual realizó dicha hipótesis. Sobre la atención referida, la Opinión Médica advirtió que el último registro de signos vitales se realizó a las 08:00 horas del día 07de mayo de 2020, pero tampoco se puede verificar la existencia de anotación por parte de enfermería de que se haya dado aviso a los médicos de guardia del deterioro que presentó V1 durante el turno matutino, menos aún obran notas que sobre el manejo médico que se dio a V1 durante la madrugada del 07 de mayo al ser reportado por enfermería como grave, o sobre su valoración y respuesta en el mismo periodo.

78. A las 13:10 horas del mismo día, V1 evolucionó a choque de sepsis sin que haya podido conocerse el apoyo y manejo que se le brindó a V1, ni las acciones de AR5 respecto de dicha condición, dado que no existe esa información en las notas médicas del expediente clínico y existen contradicciones entre las distintas notas médicas de dicho periodo. Finalmente, es importante referir que en las notas médicas de la atención brindada a V1 en la UMAE y en el HGZ 20, en la mayoría de los casos no fue posible identificar plenamente a cada uno de los médicos responsables de la atención brindada por la falta de claridad en los nombres asentados, los datos relativos a las cédulas y matrículas, así como el servicio de adscripción de dicho personal médico.

79. Por lo anterior, AR1, AR2, AR3 incumplieron con lo previsto en los numerales 6.4, 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3, 6.4.3.1, 6.4.3.2, 6.4.3.3, 5.10, 7, 7.1, 7.1.1 y 7.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, así como en el artículo 111 A de la LSS, el artículo 8 del Reglamento IMSS, vulnerando con ello el derecho de acceso a la información en materia de salud de V1.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

80. En términos de lo antes expuesto, se observa que las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en el desarrollo de los hechos referidos, puede constituir responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, ya que dicho personal médico no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, así como a los Principios y Valores del Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS,

que deben observar las personas servidoras públicas al no garantizar, de acuerdo con sus propios procedimientos el derecho humano a la protección de la salud de V1 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

81. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público previstos en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la CPEUM.

82. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en junio de 2020, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras publicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V1, se sancionen conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

83. El artículo 1° de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley; en el mismo sentido el artículo 1 de la Comisión Americana de Derechos Humanos señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

84. Estas obligaciones generales y específicas no sólo rigen a las personas servidoras públicas en su actuación pública, sino también a las instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus personas servidoras públicas.

85. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

86. Está CNDH ha identificado prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico,[93] mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud.[94]

87. Como fue referido, en la integración del expediente de queja materia de esta Recomendación se advirtió en un gran número de notas médicas, la falta de claridad por mala técnica de fotocopiado, la omisión por parte del personal médico de asentar de forma adecuada la atención, cuidado, diagnóstico y tratamiento médicos brindados a V1 en la UMAE y en el HGZ 20, así como contradicciones entre las

[93] CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, Óp. Cit., párr. 40.
[94] Ibidem, párr. 42.

notas médicas, lo que dificultó a esta CNDH establecer la verdad integral de las acciones y omisiones que constituyeron violaciones a los derechos humanos de V1.

88. Asimismo, en el análisis de las constancias que integran el expediente clínico de V1 con motivo de la atención brindada en la UMAE y en el HGZ 20, no fue posible para el personal de esta CNDH verificar el nombre completo, el dato de los números de cedulas y matriculas, así como el servicio de adscripción de forma clara, del personal responsable de la atención otorgada a V1, lo cual constituyo un obstáculo para conocer la verdad acerca de la atención que cada personal médico otorgó a V1, también para la individualización de responsabilidad de cada uno de ellos, lo que si bien no tuvo implicaciones en las afectaciones a la salud y vida de V1, si constituye una práctica indebida que vulnera el derecho de acceso a la información de V1.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

89. Una de las vías previstas en el Sistema Jurídico Mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el

Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

90. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, 7 fracciones I, III y VI; 26, 27 fracciones II, III, IV y V; 62 fracción I; 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88 fracciones II y XXIII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Victimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud por inadecuada atención médica, al acceso a la información en materia de salud, este Organismo Nacional le reconoce a V1, QVI1 y VI2 su calidad de víctimas por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad.

91. En el presente caso, esta CNDH considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

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

93. Por ello el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a QVI y VI2 la atención psicológica y tanatológica

que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el máximo beneficio posible.

94. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QVI1 y VI2 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

95. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27 fracción III, 64 fracciones I y II, a 72 de la LGV y consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas, como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

96. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a V1, así como de QVI y VI2, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya

la medida de compensación, en términos de la LGV. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio primero.

***iii*) MEDIDAS DE SATISFACCIÓN**

97. Las medidas de satisfacción, acorde con lo dispuesto en los artículos 26 y 27, fracción IV de la citada Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas por la posible comisión de violaciones a derechos humanos.

98. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V1, QVI y VI2, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

***iv*) MEDIDAS DE NO REPETICIÓN**

99. Conforme a los preceptos legales 26, 27, fracción V y 74, fracciones II y IX de la Ley General de Víctimas, referentes a implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, 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.

100. Por ello, con apoyo en los artículos 27 fracción V y 74 fracciones VII y IX de la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato digno a las personas derechohabientes y de atención médica con comorbilidades y enfermedades crónicas; también en la aplicación de la Guía IMSS-403-10, Guía COVID, el Lineamiento COVID-19, la NOM-004-SSA3-2012, la LGS, la LSS, Reglamento IMSS, Reglamento de la LGS; los cuales deberán ser impartidos en los servicios de Admisión Médica, Urgencias, Medicina Interna e Infectología, de la UMAE y del HGZ 20, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en caso de seguir laboralmente activas, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

101. El curso señalado 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, videos y constancias. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

102. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a

los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

103. En atención a lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular, respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a V1, así como de QVI y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño a QVI y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV; hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionar a QVI y VI2 la atención psicológica y tanatológica que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el máximo beneficio posible; se brindará gratuitamente, de manera inmediata, en lugar y horario accesibles para QVI y VI2 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. Así también, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen

retomarla; hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes y de atención médica con perspectiva de género; también en la aplicación de la Guía IMSS-403-10, Guía COVID, el Lineamiento COVID, la NOM-004-SSA3-2012, la LGS, la LSS, Reglamento IMSS, Reglamento de la LGS; los cuales deberán ser impartidos en los servicios de Admisión Médica, Urgencias, Medicina Interna e Infectología, de la UMAE y del HGZ 20, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en caso de seguir laboralmente activas, dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

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

104. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida

por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1° párrafo tercero Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

105. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la CNDH, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

106. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a este Organismo Autónomo en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

107. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello esta CNDH 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

ALP