

RECOMENDACIÓN NO.

273 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, POR INADECUADA E INOPORTUNA ATENCIÓN MÉDICA; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 Y VI2, POR PARTE DE PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN DURANGO, DURANGO.

Ciudad de México, A 15 de diciembre 2023

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

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, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º párrafo primero, 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; así como 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2021/6856/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona No. 1, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en Durango, Durango.

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; 1º, 3º, 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; y, 1º, 6º, 7º, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima	V
Persona Quejosa/ Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Médico Residente	PMR
Persona Servidora Pública	PSP

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

DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Agente del Ministerio Público de la Federación	AMPF
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango	CEDH-Dur
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Durango, Durango	HGZ No.1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Junta Federal de Conciliación y Arbitraje No. 101	JFCA No. 101
Centro de Justicia Penal Federal en Durango	CJP
NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	Convención de las Personas Mayores
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3- 2012
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas	NOM-Para Residencias Médicas
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	“Protocolo de San Salvador”
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS

I. HECHOS

5. El 16 de julio de 2021, QVI presentó escrito de queja ante la CEDH-Dur, mismo que fue remitido a este Organismo Nacional por razón de competencia, recibido el 2 de agosto del mismo año, en el que señaló que V ingresó al HGZ No. 1 el 7 de julio de 2021, por una infección en el catéter de hemodiálisis¹; al día siguiente el personal de vigilancia, bajo amenazas, pidió que VI1, que cuidaba a V, saliera del lugar, no obstante, se les hizo saber que era una persona adulta mayor que requería de apoyo.

6. El mismo día al tener necesidad de orinar, V le pidió ayuda al enfermero y éste solo le proporcionó un cómodo² sin brindarle auxilio, dejándolo solo, por lo que al tratar de usarlo sufrió una caída desde su altura en una silla de ruedas, sin recibir ayuda inmediata y omitiendo informar lo sucedido a sus familiares; destacó que a partir de su caída, V presentó mucho dolor en su columna y no podía caminar, por lo que solicitó se investigara y se reconociera la caída que sufrió, así como las secuelas derivadas de dicho accidente y diversas negligencias médicas ocasionadas durante la estancia de V en dicho hospital. Posteriormente, se tuvo conocimiento sobre el deceso de V el 29 de julio de 2021, en las instalaciones del HGZ No. 1.

7. Con motivo de los citados hechos, se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2021/6856/Q**; para documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V;

¹ Diálisis extracorpórea a través de una membrana semipermeable, llamada hemodializador, para eliminar sustancias indeseables presentes en la sangre de personas con insuficiencia renal o con intoxicación por alguna sustancia dializable.

² Recipiente en forma de cuenco empleado para recoger los excrementos (sólidos y líquidos).

asimismo, se emitió Opinión Médica por este Organismo Nacional, respecto del expediente de queja integrado, por conducto de un médico especialista, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Correo electrónico de 22 de julio de 2021 respecto de la remisión del escrito de queja presentado por QVI ante la CEDH-Dur el 16 de julio de 2021, donde se inconformó de la atención médica que fue brindada a V en el HGZ No. 1.

9. Correo electrónico de 28 de septiembre de 2021, a las 13:54 horas, remitido por personal del IMSS, mediante el cual dieron cumplimiento a la solicitud de información de este Organismo Nacional, adjuntando la siguiente documentación:

9.1. Informe de 30 de julio de 2021, mediante el cual la PSP1 como Subdirector Médico del HGZ No. 1 refirió de manera cronológica la atención médica, estudios y tratamiento otorgado a V, del 08 al 29 de julio de 2021.

9.2. Oficio No. 1001162151/SG/081 de 13 de septiembre de 2021, a través del cual la PSP2 Jefe de Departamento de Servicios Generales del HGZ No. 1, señaló que el personal de vigilancia actuó de acuerdo con los lineamientos establecidos.

9.3. Oficio No. 00201200200/JE/085/21 de 5 de agosto de 2021, a través del cual la PSP3 Jefa de Enfermería del HGZ No. 1, informó sobre la caída de V.

9.4. Informe de 13 de septiembre de 2021, signado por la PSP4 de la Jefatura de Urgencias del HGZ No. 1, en la que informó sobre los generales, atención

otorgada a V y evento adverso en el Servicio de Urgencias los días 7 y 8 de julio de 2021.

9.5. Informe de 20 de septiembre de 2021, signado por AR1 Médico Neurólogo del HGZ No.1, en la que describió la atención otorgada a V por el Servicio de Neurología³ los días 10 y 23 de julio de 2021.

9.6. Informe sin fecha, signado por AR2 Médico en Nefrología⁴ del HGZ No.1, en el que describió la atención otorgada a V por el Servicio de Nefrología los días, 14, 16 y 28 de julio de 2021.

9.7. Nota Médica sin fecha, signado por AR3 Médico del Servicio de Traumatología y Ortopedia del HGZ No. 1, en el que describió la atención otorgada a V por el Servicio de Neurología los días 10 y 23 de julio de 2021.

10. Correo electrónico de 18 de octubre de 2021, a las 19:33 horas, remitido por personal del IMSS, en alcance al diverso de 28 de septiembre de 2021, dando cumplimiento a la solicitud de información de este Organismo Nacional, adjuntando copia del expediente clínico integrado por la atención otorgada a V en el HGZ No. 1 del 7 al 29 de julio de 2021, dentro del cual se destacan las siguientes:

10.1. Triage⁵ y Nota inicial del Servicio de Urgencias del HGZ No. 1, de 07 de julio de 2021 a las 15:34 horas, suscrita por la PSP5.

³ Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud del sistema nervioso, así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades.

⁴ La nefrología es una especialidad médica que se ocupa del estudio de la estructura y la función de los riñones, incluyendo las vías urinarias que repercuten sobre el parénquima renal.

⁵ Triage es un sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, tiene como objetivo priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad.

10.2. Nota de ingreso observación regular urgencias de 7 de julio de 2021 a las 21:00 horas, suscrita por AR4.

10.3. Nota de evolución matutina del Servicio de Urgencias de 8 de julio de 2021 a las 12:00 horas, suscrita por AR5.

10.4. Nota de fecha de 9 de julio de 2021, consistente en ingreso al Servicio de Nefrología.

10.5. Nota médica de 9 de julio de 2021, en punto de las 22:30 horas, suscrita por AR10 del Servicio de Medicina Interna.

10.6. Nota médica de 10 de julio de 2021 a las 07:45 horas, suscrita por AR1 del Servicio de Neurología.

10.7. Nota médica de 10 de julio de 2021 a las 16:00 horas, suscrita por el AR3 del Servicio de Ortopedia.

10.8. Nota médica de 11 de julio de 2021 a las 17:20 horas, suscrita por PMR2, médico residente adscrito a la Jefatura de Medicina Interna.

10.9. Nota médica de 12 de julio de 2021 a las 10:00 horas, suscrita por PMR1, médico residente adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia.

10.10. Nota médica de 12 de julio de 2021, sin hora, suscrita por AR9, personal médico del Servicio de Medicina Interna.

10.11. Nota de interconsulta del Servicio de Gastroenterología⁶ de 13 de julio de 2021 a las 10:30 h, suscrita por AR6.

10.12. Nota médica de 14 de julio de 2021, suscrita por AR2, del Servicio de Nefrología.

10.13. Nota médica de 15 de julio de 2021 a las 12:30 horas, suscrita por AR1, del Servicio de Neurología.

10.14. Nota médica de 16 de julio de 2021 a las 07:30 horas, suscrita por AR2 del Servicio de Nefrología.

10.15. Nota de interconsulta de Gastroenterología de 16 de julio de 2021 a las 11:15 horas, suscrito por AR6.

10.16. Nota médica de 16 de julio de 2021 a las 12:30 horas, suscrita por AR1 del Servicio de Neurología.

10.17. Nota médica de 18 de julio de 2021 a las 12:34 horas, suscrita por AR7, del Servicio de Medicina Interna.

10.18. Nota médica de valoración del Servicio de Ortopedia de 21 de julio de 2021 a las 13:40 horas.

10.19. Nota médica de 23 de julio de 2021, a las 13:00 horas, suscrita por AR1, adscrita al Servicio de Neurología.

⁶ La gastroenterología es el estudio de la función normal y las enfermedades del esófago, estómago, intestino delgado, colon y recto, páncreas, vesícula biliar, conductos biliares e hígado.

10.20. Nota médica de 29 de julio de 2021 a las 17:42 horas, suscrito por AR8 del Servicio de Medicina Interna.

10.21. Reporte de estudio de imagen del Hospital General 450 Durango, Departamento de Radiología e Imagen, 29 de julio de 2021, a nombre de V.

11. Acta circunstanciada de 12 de septiembre de 2022, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la cual se hizo constar que QVI aportó, entre otros, los siguientes documentos:

11.1. Copia de Denuncia por Comparecencia de QVI de 26 de julio de 2021, a las 13:44 horas.

11.2. Copia de Comparecencia Ministerial de QVI de 26 de julio de 2021, a las 14:01 horas.

11.3. Dictamen en materia de medicina del trabajo, elaborado por PSP9, perito médico de la JFCA No. 101, de 28 de febrero de 2022.

12. Informe pormenorizado suscrito por la AMPF PSP6, Titular de la Célula Tres, del Equipo de Investigación y Litigación III de la Delegación de la Fiscalía General de la República en el Estado de Durango, en el que a su vez remite diversas constancias dentro de la CI integrada respecto a los hechos que dieron origen a la presente Recomendación:

12.1. Comparecencia Ministerial de QVI de 26 de julio de 2021 a las 14:01 horas, en la cual, describió que personal del HGZ No. 1 le ordenó a VI1, quien cuidaba a V en Urgencias, que saliera del lugar.

12.2. Dictamen de necropsia de 30 de julio de 2021, dentro de la CI, suscrito por PSP7.

12.3. Certificado de defunción provisional suscrito por PSP7, de 30 de julio de 2021.

12.4. Comparecencia Ministerial de 10 de noviembre de 2021 a las 10:33 horas de AR1, Médico No Familiar con Especialidad en Nefrología del HGZ No. 1.

12.5. Comparecencia Ministerial de 10 de noviembre de 2021, a las 11:35 horas de AR2, Médico No Familiar con Especialidad en Medicina Interna del HGZ No. 1.

12.6. Comparecencia Ministerial de 10 de noviembre de 2021 a las 12:35 horas, de AR8, Médico No Familiar con Especialidad en Medicina Interna del HGZ No. 1.

12.7. Listado de nombres y matriculas del personal médico que atendió a V durante su estancia hospitalaria del 7 al 29 de julio de 2021 en el HGZ No.1.

12.8. Comparecencia Ministerial de 23 de diciembre de 2021 a las 12:42 horas, de AR4 Médico del Área de Urgencias del HGZ No. 1.

12.9. Comparecencia Ministerial de 23 de diciembre de 2021 a las 14:02 horas, de AR5, Médico Urgenciólogo del HGZ No. 1.

12.10. Comparecencia Ministerial de 25 de enero de 2022 a las 13:48 horas, de AR3, Médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia del HGZ No. 1.

12.11. Comparecencia Ministerial de 3 de febrero de 2022 a las 12:00 horas, de AR6, Médico adscrito al Servicio de Gastroenterología del HGZ No. 1.

12.12. Comparecencia Ministerial de 3 de febrero de 2022 a las 13:00 horas, de AR7, Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No. 1.

12.13. Comparecencia Ministerial de 22 de febrero de 2022 a las 11:04 horas, de AR9, Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No. 1.

12.14. Escrito signado por QVI, dirigido a la AMPF PSP6, de 01 de agosto de 2022 dentro de la CI, en el cual QVI manifestó su inconformidad de las declaraciones ministeriales que integra la CI, además describió los hechos suscitados el 22 de julio de 2021 en los que VI2 estuvo presente.

13. Opinión médica de 16 de enero de 2023, emitida por personal adscrito a esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V en el HGZ No. 1, no fue adecuada en tiempo y forma V no fue debidamente valorado, ofreciendo las interconsultas con las especialidades de Traumatología⁷ y Ortopedia⁸, así como la de Neurología en forma tardía.

⁷ Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de la prevención, el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los traumatismos del aparato locomotor y las estructuras asociadas.

⁸ Especialidad médica que se dedica al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de lesiones y enfermedades del sistema musculoesquelético del cuerpo humano.

14. Correo electrónico de 25 de enero de 2023, a las 10:48 horas, remitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, comunicando a esta CNDH la resolución de la QM1 emitida mediante acuerdo de 30 de septiembre de 2022, en el que se determinó improcedente desde el punto de vista médico.

15. Correo electrónico de 02 de marzo de 2023, a las 14:48 h, remitido por QVI para comunicar a esta CNDH la resolución de la QM2, emitida por el Coordinador de Atención y Orientación al Derechohabiente, en la que se determinó improcedente desde el punto de vista médico, mediante acuerdo de 15 de febrero de 2023.

16. Acta circunstanciada de 17 de marzo de 2023, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en que se hicieron constar las diversas manifestaciones de QVI respecto al estatus de la CP, consistente en acuerdo de no inicio de Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias en Materia Penal por falta de voluntad de los intervinientes.

17. Respuesta a solicitud de información, suscrito por PSP8 Titular de la Dirección de Atención a Quejas e Inconformidades de la Fiscalía Especializada en materia de Derechos Humanos de la Fiscalía General de la República, en la que remite:

17.1. Oficio DGO-EILIII-C3-093/2023, de 24 de marzo de 2023, suscrito por la AMPF PSP6, con el que rinde informe pormenorizado de la CI iniciada por la denuncia presentada por QVI contra quien resulte responsable, por la inadecuada atención médica otorgada a V, por parte de personal del IMSS, del que se deriva la judicialización de la CI en contra de, AR2, AR7, AR8, AR9 y PMR3 por el delito de homicidio por responsabilidad profesional, previsto y sancionado en el artículo 60, 228 y 302 del Código Penal Federal, radicándose la CP

del índice del Centro de Justicia Penal Federal en Durango, misma que se derivó a Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia penal, siendo devuelta, toda vez que las partes no concretaron un acuerdo reparatorio.

18. Acta circunstanciada de 12 de mayo de 2023, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la cual se hicieron constar las diversas manifestaciones de QVI respecto a las conclusiones de la Opinión Médica y sobre una posible reparación del daño.

19. Correo electrónico de 31 de julio de 2023, a las 15:29 h, remitido por personal del IMSS, dando cumplimiento a la solicitud de información de este Organismo Nacional, dentro del cual adjuntan las siguientes:

19.1. Oficio No. 100103200200/DIR/0192/2023, de 21 de julio de 2023, a través del cual PSP10, Director del HGZ No. 1 en Durango, informó los datos laborales del personal médico requerido por este Organismo Nacional y personal actualmente activo.

19.2. Oficio No. 10DL100500/Q/056/2023 de 21 de julio de 2023, mediante el cual PSP11, Coordinador de Atención y Orientación al Derechohabiente del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Durango, hizo llegar los acuerdos y notificaciones a QVI.

19.3. Oficio 10DL104100/SJS-DCONT/0142/2023 de 20 de julio de 2023, mediante el cual PSP12, Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Durango, refirió no contar con antecedentes de impugnación, contra el resolutivo de la QM1 y QM2.

20. Oficio No. FGR/FEMDH/DGPCDHQI/1003/2023, consistente en respuesta a solicitud de información, suscrito por PSP13 Titular de la Dirección General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de la Fiscalía Especializada en materia de Derechos Humanos de la Fiscalía General de la República, en la que remite entre otros:

20.1. Oficio DGO-EILIII-C3-158/2023, de 17 de julio de 2023, suscrito por la AMPF PSP6, con el que rinde informe pormenorizado de la CI iniciada por la denuncia presentada por QVI contra quien resulte responsable, por la atención médica otorgada a V, por parte de personal del IMSS, del que se deriva que se está pendiente de que el IMSS informe el domicilio de un probable responsable para efecto de solicitar fecha para audiencia inicial nuevamente.

21. Correo electrónico de 30 de agosto de 2023, a las 18:02 horas, remitido por personal del Órgano Interno de Control del IMSS, dando cumplimiento a la solicitud de información de este Organismo Nacional, dentro del cual adjunta lo siguiente:

21.1. Oficio No. 00641/30.102.08/1536/2023, de 30 de agosto de 2023, en el cual PSP14, Titular del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones, Región 02, del Órgano Interno de Control del IMSS, informa que en esa titularidad no obra antecedente de queja administrativa por irregularidades administrativas cometidas por servidores públicos adscritos al HGZ No. 1 en Durango cometidas durante la atención a V del 7 al 29 de julio de 2021.

22. Acta circunstanciada de 07 de septiembre de 2023, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la cual se hace constar llamada sostenida con la AMPF a fin de actualizar la situación jurídica.

23. Correo electrónico de 12 de septiembre de 2023, a las 11:03 h, remitido por el CJP, en el cual notifica a este Organismo Nacional lo siguiente:

23.1. Acuerdo de 11 de septiembre de 2023, dentro de la CP, suscrito por PSP16.

23.2. Los oficios 6438/2023 y 6439/2023, suscritos por PSP17, dando cumplimiento a lo solicitado por este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 26 de julio de 2021, la Célula Tres, del Equipo de Investigación y Litigación III de la Delegación de la Fiscalía General de la República en el Estado de Durango recabó denuncia por comparecencia de QVI, en contra de quien resulte responsable por la mala atención médica otorgada a V, por parte de personal del IMSS, a la cual le fue asignada número de expediente CI.

25. El 30 de noviembre de 2022, se judicializó la CI en contra de, AR2, AR7, AR8, AR9 y PMR3, por el delito de homicidio por responsabilidad profesional, previsto y sancionado en los artículos, 60, 228 y 302, del Código Penal Federal, radicando CP del índice del CJP; misma que fue derivada al Órgano Especializado de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia Penal, por el Juez de Control; y con fecha 14 de marzo de 2023, el Órgano Especializado remitió nuevamente a sede ministerial el expediente, toda vez que las partes no pudieron concretar un acuerdo reparatorio, estando pendiente de solicitar nuevamente

audiencia inicial por la AMPF, misma que informó al CJP se encuentra recabando diversas diligencias para la localización de uno de los imputados.

26. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el caso de V, a partir del trámite de queja por violaciones a derechos humanos ante este Organismo Nacional, se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, el cual, mediante acuerdo de 30 de septiembre de 2022, determinó como improcedente la QM1 desde el punto de vista médico; y, no se cuenta con evidencia que QVI interpusiera recurso legal alguno contra dicha determinación.

27. En el mismo sentido, se tuvo conocimiento que QVI presentó queja registrada el 19 de enero de 2023, la cual se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Durango, el cual, mediante acuerdo de 15 de febrero de 2023, determinó como improcedente la QM2 desde el punto de vista médico; determinación que no fue impugnada por QVI.

28. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se tiene conocimiento de que se haya iniciado alguna denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control del IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

29. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/6856/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en materia de derechos

humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, atribuibles al personal médico del HGZ No. 1, derivado de que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada e inoportuna con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

30. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel⁹, además el artículo 4 párrafo cuarto de la CPEUM, reconoce el derecho de toda persona a dicha protección, definiendo la normatividad nacional a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁰.

31. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

⁹ CNDH. Recomendaciones: 180/2022 párr. 15; 145/2021, párr. 39; 143/2021, párr. 21; 130/2021, párr. 25; 128/2021, párr. 29; 119/2021, párr. 21, 116/2021, párr. 19; 110/2021, párr. 21; 103/2021, párr. 19; 95/2021, párr. 25; 94/2021, párr. 32; 79/2021, párr. 20; entre otras.

¹⁰ “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, Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984.

32. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹¹ señala que “(...) toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.” Por lo cual, en el caso que nos ocupa, los Estados parte para hacer efectivo a las personas mayores el derecho al disfrute de un nivel satisfactorio de salud física y mental, deben tener en cuenta el contenido de las Recomendaciones números 1 a 17 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento que se dedican íntegramente a proporcionar orientaciones sobre política sanitaria dirigida a preservar la salud de estas personas y comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales.¹²

33. Asimismo, el numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 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 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.*¹³

34. En el artículo 10.1, así como en los incisos a) y d) del numeral 10.2, del Protocolo de San Salvador, se reconoce que “(...) todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.”

¹¹ Ratificado por México en 1981.

¹² Oficina Del Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Derechos Humanos. 1995. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores: 08/12/95. CESCR Observación general N° 6 (General Comments), 13° período de sesiones.

¹³ Véase Comité DESC, Observación general núm. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), adoptada en el 22° periodo de sesiones, Ginebra, 11 de agosto de 2000, párrafos 12 y 14.

35. Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, señala que “(...) el Estado Mexicano tiene la obligación de respetar ese derecho y darle una efectividad real, garantizando servicios médicos en condiciones de: disponibilidad y accesibilidad, física y económica; así como el acceso a la información, aceptabilidad y calidad.¹⁴

36. Esta Comisión Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y 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.¹⁵

37. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, PMR1 y PMR2 omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante a que les obligan los artículos, 32, 33, fracciones I y II, así como 51 de la LGS, 9, 29 y 74 del Reglamento de la LGS, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y al trato digno de una persona adulta mayor con comorbilidades previas,

¹⁴ Entre otros, Amparo en Revisión 584/2013, Amparo Directo 51/2013, y Amparo Directo en Revisión 8253/2019, fallados por la Primera Sala, el primero, el cinco de noviembre de dos mil catorce por unanimidad de cinco votos, el segundo, el dos de diciembre de dos mil quince, por unanimidad de cuatro votos, y el tercero, el trece de enero de dos mil veintiuno, por unanimidad de cinco votos. En todos ellos, siguiendo las orientaciones del Comité DESC respecto de la interpretación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2009. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, México: CNDH. párrafo 24, pág. 7.

a la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio, como de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis más adelante.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud por inadecuada e inoportuna atención médica brindada a V en el HGZ No. 1

38. En el presente asunto, este Organismo Nacional emitió Opinión Médica, en la que se advirtió que V, persona adulta mayor al momento de ocurrir los hechos materia de la queja, era portador de Diabetes Mellitus tipo 2, de quince años de evolución en manejo con insulina subcutánea¹⁶, hipertensión arterial sistémica de quince años de evolución en manejo con medicamento “Losartán”, así como de insuficiencia renal crónica¹⁷, en terapia sustitutiva con hemodiálisis desde hacía tres meses (lunes, miércoles y viernes); el cual fue llevado por sus familiares, el día 7 de julio de 2021 al HGZ No. 1, por presentar ataque al estado general así como vértigo.

39. De acuerdo con la nota de Triage y atención inicial del Servicio de Urgencias del HGZ No. 1, se le inició Triage a las 15:34 h clasificándolo con nivel III (amarillo) de Gravedad, por lo que recibió atención médica siendo las 15:41 h; sin embargo, se tiene que PSP5, médico Urgenciólogo, arribó al diagnóstico de catéter infectado¹⁸,

¹⁶ Vía de administración de la insulina (hormona producida por el páncreas y que en los pacientes diabéticos se produce en baja cantidad o está ausente. El uso de insulina permite a los pacientes diabéticos mantener niveles de glucosa normales en sangre), la cual se inyecta dentro de la capa de grasa (tejido subcutáneo) justo debajo de la piel.

¹⁷ La enfermedad renal crónica se diagnostica con la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón presentes durante más de 3 meses, generando implicaciones para la salud. Son secundarias a la pérdida progresiva y sostenida de las tareas que este normalmente realiza, tales como: la regulación del balance de líquidos y electrolitos del cuerpo, excreción de desechos metabólicos, excreción de sustancias bioactivas que afectan la función corporal como hormonas o medicamentos, participa en la producción de eritrocitos, regula la producción de la vitamina D, cumple funciones de gluconeogénesis.

¹⁸ Las infecciones asociadas a los catéteres utilizados tanto para hemodiálisis como para diálisis peritoneal (DP) constituyen una de las causas de morbilidad más importante en pacientes que precisan un tratamiento sustitutivo renal permanente. Estudios de incidencia de infección del torrente sanguíneo en los pacientes sometidos a hemodiálisis por catéter venoso central, realizado en Brasil (2010), indicaron que, de los 156 pacientes estudiados, 94 presentaron infección del torrente

por Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, diabetes mellitus y dorsalgia crónica, por lo que solicitó su pase al Servicio de Observación Regular, vigilar el estado neurológico así como la toma de muestras de sangre para biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación e indicó como terapéutica furosemida, losartán, ciprofloxacino, entre otros. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, fue clasificado adecuadamente a su ingreso en el Triage siendo las 15:34 h, con un nivel de Gravedad III (amarillo), que indica: "urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos", siendo atendido de forma inmediata a las 15:41 h por médico especialista en Urgencias, quien adecuadamente inició el protocolo de estudio y manejo médico acorde al padecimiento médico que presentó a su ingreso a dicho servicio, e indicó vigilar el estado neurológico, toda vez que refirió vértigo.

40. Posteriormente fue valorado a las 21:00 h por AR4, quien refirió el padecimiento médico de V, quien acudió al citado Hospital por presentar contusión veinte días previos, con edema de la mano derecha, además de astenia¹⁹ y adinamia²⁰, por lo que indicó analgésico, solicitó electrocardiograma y tele de tórax, continuó el manejo previamente establecido y diagnosticó enfermedad renal crónica estadio V²¹, infección de catéter Mahurkar²², cervicalgia²³, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento, hipertensión arterial sistémica sin tratamiento, además comentó "(...) paciente delicado no exento de complicación a corto plazo riesgo de caídas familiar (...)", y en las indicaciones solicitó "(...) camilla con barandales en alto, posición semi-Fowler, vigilar estado hemodinámico, TA por turno (...)" ; médicamente AR4

sanguíneo, de estos 39 tuvieron cultivos positivos en el sitio local de inserción del catéter. El riesgo de muerte atribuible a sepsis es de 100 veces más que en la población general.

¹⁹ Sensación intensa de falta generalizada de fuerza.

²⁰ Disminución extrema de la actividad muscular, que impide los movimientos de la persona.

²¹ La enfermedad renal crónica en etapa 5 significa que los riñones tienen daños severos y ya no depuran los desechos de la sangre.

²² Catéter para hemodiálisis.

²³ Dolor localizado en el cuello.

indicó adecuadamente estancia en camilla con los cuidados propios de un paciente con las características de V, situación que no se cumplió, ya que el paciente permaneció en silla de ruedas; sin embargo, omitió, solicitar Rx de mano y de cráneo, e interconsulta al Servicio de Traumatología y Ortopedia.

41. El Servicio de Enfermería justificó la omisión de atender las indicaciones de AR4 describiendo que V no aceptó subir a camilla, lo cual consta en Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de los días 7 y 8 de julio de 2021; tal situación era esperada, toda vez que al ser una persona adulta mayor, con fragilidad propia de su edad y por sus patologías, le fuera imposible por sí solo subir a la camilla, por lo que requería la presencia de cuidador/familiar de manera obligada, incumpliendo el Servicio de Enfermería tanto con las indicaciones del médico como con los cuidados propios de un paciente frágil, no apoyándose del cuidador/familiar.

42. El día 8 de julio del 2021 V fue valorado por AR5, quien refirió en su nota médica que “(...) presentó caída al estar sentado, no refiere dolor a la palpación profunda, presenta movilidad conservada, los familiares se encuentran muy aprehensivos (...)”, solicitó Rx de pelvis y cadera bilateral así como estudios de laboratorio, indicó tramadol como analgésico e ingreso a piso de Medicina Interna; la caída a la que se hace referencia, ocurrió estando en el Servicio de Urgencias, dicho del familiar ocurrió al estar sentado en silla de ruedas y solicitar apoyo a personal de enfermería para orinar, quienes únicamente le proporcionaron el cómodo, sin prestarle el apoyo necesario para tal fin, por lo que al realizar movimientos, se presenta un desplazamiento de la silla provocando que V, cayera al suelo “de sentón”; desde el punto de vista médico, ante tal situación debió también solicitar interconsulta al

Servicio de Geriatría²⁴ , Ortopedia²⁵ y Traumatología²⁶, como parte del abordaje médico de un paciente adulto mayor, que sufrió un evento adverso²⁷ (caída) con patologías crónico-degenerativas que condicionaron un síndrome de fragilidad²⁸ aunado a dar apoyo a los familiares, quienes de manera entendible se encontraban aprehensivos, ya que fueron retirados del área donde se encontraba su familiar internado y se les informó de la caída horas después.

43. El departamento de enfermería debió activar el sistema “VENCER” que es un sistema de notificación, vigilancia y prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad del paciente. La mayoría de los eventos adversos presentados durante la atención médica son evitables. Estos pueden causar daños severos a los pacientes.

44. PSP2, Jefe de Departamento de Servicios Generales del HGZ No.1, informó al respecto: “(...) esta acción se llevó a cabo por parte de la vigilancia del hospital derivado de los lineamientos que están establecidos en el hospital, que, al momento del pase de visita a pacientes por parte de los médicos, no debe contar con acompañante”, desde el punto de vista médico, este tipo de lineamientos se deben

²⁴ Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud de las personas mayores, así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades.

²⁵ Especialidad médica que se dedica al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de lesiones y enfermedades del sistema musculo esquelético del cuerpo humano.

²⁶ Rama de la medicina, que se ocupa de la prevención, el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los traumatismos del aparato locomotor y las estructuras asociadas.

²⁷ La hospitalización frecuentemente provoca el deterioro del estado funcional, pudiendo dar como resultado problemas de salud diferentes al motivo de admisión. A estos problemas no relacionados con el diagnóstico al ingreso o al alta y que conllevan un aumento de la morbilidad, prolongación de las estancias y aumento del gasto sanitario se le llama “evento adverso” (EA). En ello intervienen factores de riesgo que se pueden ver acumulados e incrementar los EA.

²⁸ El síndrome de fragilidad es una entidad clínica común en adultos mayores. Se asocia a múltiples complicaciones, además de elevar los costos de la atención médica, con alto impacto social y familiar. Sin embargo, a pesar de ser un problema de salud de gran trascendencia, es a menudo no identificado por el personal de salud, lo cual condiciona un pobre pronóstico. Debido a lo anterior, es necesario contar con información precisa, actual y efectiva para la identificación de esta entidad, establecer un diagnóstico y tratamiento individualizado, apropiado y oportuno.

individualizar, ya que en el caso particular de V, que era un paciente adulto mayor, con movilidad limitada, con alteraciones en el equilibrio (vértigo), requería un cuidador/familiar a permanencia que coadyuvara con el Servicio de Enfermería en el cuidado del paciente, toda vez que los médicos ya habían identificado el riesgo de caídas, por lo que se opina que no se tomaron los cuidados necesarios para evitar el evento adverso que presentó V y aunque PSP2 justifique la acción, las indicaciones médicas fueron específicas.

45. El 09 de julio de 2021, ya en el servicio de Medicina Interna, V fue ingresado y valorado en el Servicio de Nefrología del citado Hospital, quien ajustó el manejo adecuadamente y solicitó TAC simple de cráneo y valoración por el Servicio de Neurología debido al temblor fino en manos y pies que presentó después de la caída; sin embargo, omitió también, solicitar la interconsulta al Servicio de Traumatología y Ortopedia y Geriátrica, las cuales eran necesarias para descartar complicaciones derivadas de la caída que presentó y normar conducta en un paciente con síndrome de fragilidad.

46. Ese mismo día, fue valorado por el Servicio de Medicina Interna, por AR10, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No.1, quien refirió que V presentó caída en el Servicio de Urgencias "de sentón" golpeándose a nivel del sacro²⁹, presentando movimientos involuntarios en ambos miembros inferiores, TAC de cráneo sin datos de fractura y solicitó hasta este momento la interconsulta al Servicio de Traumatología y Ortopedia e inició manejo con Pregabalina³⁰, de la misma manera no realizó el reporte en el Sistema "VENCER".

²⁹ Hueso triangular e impar de la pelvis, resultante de la fusión en la infancia de las cinco vértebras sacras, que se articula con la quinta vértebra lumbar por arriba, los dos huesos coxales a los lados y el cóccix por abajo. Forma, con los dos huesos coxales, la pared posterior de la pelvis y posee una función esencial en la sustentación y transmisión del peso del tronco a las extremidades inferiores.

³⁰ La pregabalina pertenece a una clase de medicamentos llamados anticonvulsivos. Actúa disminuyendo la cantidad de señales de dolor a los nervios dañados.

47. El día 10 de julio del 2021 fue valorado por primera vez por el Servicio de Neurología, a cargo de AR1 adscrita al Servicio de Neurología, quien refirió que: "no observo alteración neurológica secundaria al golpe recibido en el Servicio de Urgencias, la crisis epiléptica es provocada, tiene muchos factores predisponentes para ello (...) sugiero seguir con tratamiento establecido, corregir desequilibrio metabólico y pasar a hemodiálisis para mejorar azoados"; omitiendo valorar la TAC de cráneo que le fue realizada al paciente el día 09 de julio del 2021, así mismo, refirió que realizó valoración motora del paciente, la cual encontró sin alteraciones, lo cual, médicamente, resulta inconsistente toda vez que para dicha valoración se requiere realizar movilidad de todo el sistema motor así como la marcha, estación de pie, movimientos voluntarios y a petición del explorador de las cuatro extremidades y de columna vertebral en sus diferentes segmentos, lo cual para V, no le era posible por encontrarse en cama con limitación de la movilidad, asimismo no hizo mención acerca de las fasciculaciones y/o temblor fino que presentó en las extremidades, por lo que se opina que esta valoración por especialista no fue adecuada y acorde al paciente, incumpliendo además con los códigos de Ética Médica al falsear información del paciente.

48. Ese mismo día fue valorado por el Servicio de Ortopedia a cargo AR3, quien refirió: "(...) acudo a valoración de masculino, solicitada por lumbalgia³¹ sin clínica sugestiva de compromiso neurológico, Rx AP de columna lumbar sin aparente lesión ósea... plan: solicitar rx y TAC, pedir nueva IC al contar con estudios"; desde el punto de vista médico legal, de conformidad con la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, el AR3 realizó una valoración sin tomar en cuenta los antecedentes del evento adverso que presentó en el Servicio de Urgencias y que motivaron su intervención, realizando una valoración de especialidad muy escueta, no apegada con la Semiología Médica.

³¹ Dolor agudo o crónico localizado en la parte baja de la espalda, a nivel de la región lumbar, sin irradiación a los miembros inferiores.

49. El día 13 de julio de 2021, V fue dado de alta del Servicio de Traumatología y Ortopedia, por no encontrar datos de fractura en estudios de imagen. Ese mismo día fue valorado por AR6, médico adscrito al Servicio de Gastroenterología³² por posible sangrado de tubo digestivo alto, quien refirió en su nota médica: “(...) al pase de visita se encuentra paciente con tendencia a la somnolencia, respondiendo a pregunta sencilla, sin datos de sangrado activo (...) se transfundieron 2 paquetes globulares, pasando a sesión de hemodiálisis de urgencia con mejoría de la sintomatología (...) se solicita endoscopia digestiva, se deja subrogado, así mismo se ajusta tratamiento, continuamos como Interconsultantes (...)”; desde el punto de vista médico, se opina que la interconsulta debió hacerse de manera inmediata a la presentación de melena³³, toda vez que fue abundante (1000 cc) y que era un paciente adulto mayor con comorbilidades que podían llevar a una complicación mayor.

50. El día 14 de julio del 2021, AR2, adscrita al Servicio de Nefrología, refirió en su nota médica: “(...) ayer hemodializado³⁴ sin incidentes reportados, pendiente reporte hemocultivo³⁵ (12/07/21) persiste con temblor fino distal refieren post a caída disminución de faz y sensibilidad ambas ext inferiores, pte. Subrogación de endoscopia, solicito valoración por neurología (...)”, de lo que se desprendió que la atención que brindó AR2 en ese momento, fue adecuada a la evolución del paciente, solicitando nuevamente valoración por especialidad en neurología para conocer etiología de la sintomatología del paciente.

³² Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud del tubo digestivo (esófago, estómago e intestinos) y de los órganos relacionados (hígado, sistema biliar y páncreas), así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades.

³³ La melena es un término médico que se utiliza para describir la presencia de heces de color negro, alquitranadas y malolientes.

³⁴ Hemodiálisis: Diálisis extracorpórea a través de una membrana semipermeable, llamada hemodializador, para eliminar sustancias indeseables presentes en la sangre de personas con insuficiencia renal o con intoxicación por alguna sustancia dializable.

³⁵ El hemocultivo es un método diagnóstico que se realiza para la detección de microorganismos en la sangre y así, posteriormente, realizar la identificación y susceptibilidad antimicrobiana.

51. Por lo que el día 15 de julio del 2021, V fue valorado nuevamente por AR1, en la cual se refirió: "(...) se reinterconsulta al servicio por paresia³⁶ de MP, esta debido a que el paciente en el Servicio de Urgencias sufre caída desde su propia altura, TAC simple de cráneo 09/07/21: se observa moderada atrofia cortical³⁷ generalizada, no hay datos de hemorragia. TAC columna vertebral: 13/07/21: se observan cambios degenerativos crónicos, escoliosis³⁸ y listesis³⁹ de T10, T11, T12, -L3, L4, L5. Plan: al egreso del paciente solicitar RM de columna lumbo sacra. Cita a neurología consulta externa con resultado de RM, resto de manejo sin cambios”.

52. Desde el punto de vista médico legal, nuevamente la valoración por esta especialidad, no fue acorde al paciente, ya que no mencionó la presencia de parestesias ni del temblor fino distal que el paciente presentó, el cual persistía y no había mejoría del mismo desde que fue inicialmente valorado por el servicio, mientras que la exploración física no fue orientada para un adulto mayor con síndrome de fragilidad, y la solicitud de la Resonancia Magnética pudo ser tramitada durante su estancia hospitalaria y no a su egreso, que para ese momento aún no se tenía contemplado y finalmente no hizo una correlación de los laboratoriales del paciente con su sintomatología, ni ofreció alternativas terapéuticas para la sintomatología que presentaba en ese momento.

³⁶ Pérdida parcial de fuerza en la contracción muscular de cualquier causa, sea neurógena central, neurógena periférica, miopática o por disfunción de la transmisión neuromuscular.

³⁷ Trastorno del cerebro y del sistema nervioso que ocasiona la muerte de las neuronas cerebrales con el tiempo. Ocasiona problemas con la vista y el procesamiento de la información visual.

³⁸ Desviación del eje longitudinal del raquis en el plano frontal que determina una deformidad tridimensional caracterizada por una curvatura lateral anómala generalmente asociada con acúñamiento y rotación de los cuerpos vertebrales involucrados. Puede ser postural o estructural, y presentar curvas secundarias compensatorias por encima y por debajo de la desviación.

³⁹ Desplazamiento de la vértebra sobre otra vértebra adyacente, desalineándose.

53. Ante la persistencia de la sintomatología, le fue solicitada nuevamente valoración al Servicio de Neurología el día 16 de julio del 2021, la cual fue realizada por AR1, quien refirió en su nota:

(...) conocido el caso V con base en los antecedentes, los estudios paraclínicos (tomografía) y exploración neurológica puntualizo lo siguiente: NO encuentro datos para sospechar que el estado del paciente sea secundario a la calda, los cambios degenerativos de columna son crónicos, para apoyar ello y descartar que exista compromiso medular secundario al cambio degenerativo óseo... plan: realizar RM de columna torácica y lumbar, pase a sesión de hemodiálisis, continuar con manejo establecido, movilización del paciente en cama, un paciente adulto mayor inmóvil pierde masa muscular y con ello fuerza (...)

54. De conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, desde el punto de vista médico legal, en esta ocasión la AR1 sí realizó una adecuada intervención médica, la exploración física fue acorde al estado del paciente y solicitó la Resonancia Magnética ante la ausencia de hallazgos en los estudios previos y la persistencia de la sintomatología, dicha atención debió ser adecuada desde su primera intervención ocurrida el 10 de julio de 2021, dos días posteriores al evento adverso, consistente en caída de “sentón” al estar sentado en silla de ruedas, asimismo, consideró el estado de fragilidad en el adulto mayor.

55. El día 16 de julio del 2021, fue valorado por el Servicio de Gastroenterología a cargo de AR6, derivado de que le fue realizada una endoscopia el 15 de julio del 2021 y en su nota médica refiere: “(...) paciente el cual presenta Rockall post endoscópico de 5 puntos con riesgo de resangrado de 24%, Blatchford de 13 puntos, así como endoscopia realizada el día de ayer con presencia de úlcera Forrest III con un riesgo de resangrado de 0-12% actualmente asintomático, tolerando vía oral, sin datos de sangrado activo, se ajusta tratamiento, alta de Gastroenterología queda a cargo de servicio tratante. Continuamos como Interconsultantes (...)”, desde el punto de vista médico, el abordaje médico otorgado

por AR6 fue adecuado, pues consideró los resultados de la endoscopia y ajustó el manejo.

56. El día 18 de julio del 2021, AR7, adscrita al Servicio de Medicina Interna, refirió en su nota médica: "(...) refiere dolor en región cervical... campos pulmonares con hipoventilación en ambas bases (...)" ; además, agregó Tramadol para disminuir el dolor cervical e indicó pasar a hemodiálisis, lunes, miércoles y viernes, sin embargo, omitió solicitar interconsulta al Servicio de Neumología⁴⁰ para valorar los hallazgos en campos pulmonares, los cuales ya habían sido reportados en notas médicas previas por los médicos Interconsultantes, desestimando dicho signos, los cuales cobran importancia por tratarse de un adulto mayor con muchas comorbilidades.

57. El 19 de julio del 2021, AR2, del servicio de Nefrología, refirió en su nota médica: "(...) el viernes intentó realizarse resonancia magnética familiares refieren que el procedimiento fue doloroso, por lo que se suspendió, actualmente se encuentra pendiente el estudio el cual fue solicitado por neurología (...)" ; desde el punto de vista médico, es importante resaltar que V, era un paciente adulto mayor, con síndrome de fragilidad, que requería manejo adecuado para evitar complicaciones y/u otro evento adverso como el ocurrido en el Servicio de Urgencias el día 8 de julio, por lo que se debieron adoptar medidas generales para evitar complicaciones y poder realizar el estudio solicitado.

58. El día 20 de julio de 2021, AR2, refirió en su nota de evolución: "(...) refiere tos en accesos, no hay datos de dif resp sat 98%CSPs con roncus transmitidos...la familiar de V, QVI refiere que el paciente tiene dorsalgia intensa que limita movilización (...) la familiar refiere ortopedia y neurología no le han dado informes y exige información x escrito de esto. Por mi parte infección de Mahurkar resuelto, tx

⁴⁰ Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud del pulmón y las vías respiratorias, así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades.

sustitutivo establecido y prog. sin problema y en condición de egreso de nefrología. Solicitó revaloración y seguimiento por neuro y TyO y Med Interna. Informó ampliamente a jefe Nef.”; nuevamente se mencionaron los hallazgos a nivel respiratorio sin que se norme conducta.

59. El día 21 de julio, fue valorado nuevamente por el Servicio de Traumatología y Ortopedia, sin embargo, inicialmente este Organismo Nacional no pudo establecer los datos del médico tratante por letra ilegible y mala técnica de copiado, quien después de indagatorias se determinó ser PSP15, en la cual mencionó una probable fractura por compresión de L4-L5, solicitando RMN (resonancia magnética) y TAC de columna para normar conducta; desde el punto de vista médico legal, se opina que el abordaje que brindó el médico fue adecuado y acorde al cuadro clínico del paciente.

60. En diversas constancias que integran la CI se pudo observar que, QVI señaló que el 22 de julio a las 16:00 horas VI2 fue desalojada de la habitación donde se encontraba V a las 16:00 h, alegando que V se encontraba en crisis, sin embargo, dicha situación no fue posible determinarla mediante las notas médicas que integran el expediente clínico.

61. El 23 de julio de 2021, fue dado de alta del Servicio de Neurología a través de AR1, quien le indicó en su nota médica: “(...) El paciente aqueja dolor a la movilización. Ya mencionado en notas previas que el paciente cuenta con TAC de cráneo con atrofia cortical generalizada, TAC columna vertebral insisto en que tiene cambios degenerativos crónicos, solicité RM de columna para valorar si estos cambios degenerativos comprometían la médula o las raíces nerviosas, pero ignoro porque no se realizó estudio... alta de neurología. RM de columna torácica y lumbar con resultados acudir a la consulta externa, Movilización pasiva en cama. Optimización del manejo del dolor(...)”, por lo que se opina nuevamente que, AR1

desestimó la sintomatología referida por V y que esta no cedió al manejo; refirió desconocer por qué no se realizaron los estudios, cuando en las notas médicas se mencionaban los motivos, lo que indica que no consideró lo referido en el expediente ni tuvo comunicación con el cuidador /familiar del paciente.

62. El 26 de julio de 2021, el servicio de Nefrología, también lo dio de alta, la cual se mantiene vigente los días posteriores, 27 y 28 de julio, bajo el argumento de que el cuadro clínico inicial había sido resuelto y se encontraba hemodinámicamente estable con terapia sustitutiva programada.

63. El 28 de julio de 2021 se le realizó la Resonancia Magnética en el Hospital General 450 dependiente del Sector Salud en Durango, la cual reportó:

(...) se observa pérdida a la altura hacia el borde posterior de L5 con aumento de la intensidad de señal en secuencias STRI (Secuencia empleada en resonancia magnética que permite suprimir la señal de determinados elementos a tejidos de forma específica) que sugiere descartar fractura por acúñamiento. Cambios generalizados por deshidratación discal de L2-S1 caracterizados por pérdida de la altura y en la intensidad de señal del disco intervertebral... Impresión diagnóstica: cambios osteodegenerativos⁴¹ severos en columna torácica. Disco intervertebral T7-T8, T8-T9, T9-T10, T10-T11, T11-12 con abombamiento discal concéntrico con protrusiones marginales posteriores las cuales ocasionan contacto ventral medular. Derrame pleural loculado a la altura de T10. Escoliosis lumbar de convexidad derecha con punto máximo en L2-L3. Disco intervertebral L2-L3, L3-L4, L5-S1 pérdida del espacio intervertebral asociado a cambios Modic tipo II (Los cambios Modic II son cambios degenerativos vertebrales, aparece una infiltración grasa del hueso y se produce una desmineralización ósea de las vértebras. Afectan principalmente a las vértebras L4-L5 L5-S1 y están íntimamente relacionados con el dolor de espalda); osteofitos marginales compensatorios en bordes anteriores y posteriores que condicionan contacto radicular, con acentuación en L3-L4 además de hipertrofia de ligamentos amarillos que condicionan canal lumbar estrecho.

⁴¹ Cambios por la degeneración del hueso.

Probable fractura por acúñamiento en L5. Quistes corticales bilaterales en ambos riñones (...)

64. Médicamente, estos hallazgos indicaron la presencia de procesos degenerativos, así como de una fractura a nivel de L5, la cual tiene una etiología de tipo traumática, relacionada estrechamente con la caída que presentó V el día 8 de julio del 2021 en el Servicio de Urgencias.

65. El día 29 de julio del 2021, a las 11:30 h, V pasó a sesión programada de hemodiálisis y presentó desaturación (93%), por lo cual se suspendió la sesión, se difirió el alta, se ajustó el manejo médico, se solicitó valoración por Medicina Interna, se ordenó realizar electrocardiograma por dolor torácico y se le reportó como grave. Siendo las 17:26 h, acudió AR8, adscrita al Servicio de Medicina Interna, refiriendo principalmente que:

(...) se me notificó vía telefónica de IC girada a cargo mío para valorar paciente grave, V en cama 226, me encontraba realizando valoración preoperatoria en consulta externa y acudo a valorar paciente. Lo encuentro en paro cardiorrespiratorio sin signos vitales, por lo que se procede a realizar maniobras de RCP avanzada acorde a ACLS. Se logra revertir paro cardio, después de 13 ciclos, retomando a ritmo sinusal, por lo que se iniciaron aminas vasopresoras (norepinefrina) manteniendo TA 140/90 mmHg; sin embargo, nuevamente cae en paro cardiorrespiratorio en 2 ocasiones más, dándole maniobras de reanimación avanzada de acuerdo con protocolo ACLS. Se consultó con familiares decisión sobre intubación orotraqueal sin decidirse, por lo que se procedió a intubar paciente sin incidentes ni accidentes, nuevamente presentó paro cardiorrespiratorio, retornando a fibrilación ventricular, por lo que se procedió a desfibrilar paciente en dos ocasiones, sin retorno de pulso ni actividad eléctrica en monitor, se informa a familiares el estado de salud y pronóstico malo para el paciente, aun con maniobras de reanimación avanzada, por lo que los familiares deciden no se continúen con las maniobras de reanimación avanzada, se declara hora de defunción a las 18:07 h, se toma trazo de ECG, donde se corrobora trazo isoeléctrico. Paciente de la novena

década de la vida con mal pronóstico desde su ingreso al ser portador de una enfermedad terminal.

66. De acuerdo a la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, existió dilación en la valoración por el Servicio de Medicina Interna la cual fue solicitada desde el 28 de julio de 2021, sin que se le practicara sino hasta que el paciente presentó parada cardiorrespiratoria, sin referir hora en que se presentó la misma y el motivo por el cual AR2 no intervino y se esperó hasta que AR8 que estaba en la consulta externa acudiera a valorarlo, por lo que se opina que hubo dilación, abandono de paciente y mala atención médica, pues el médico tiene la obligación de asistir profesionalmente a un enfermo cuando presenta cuadro de urgencia o gravedad, incumpliendo con ello en la literatura médica respecto al manejo de pacientes en paro cardiorrespiratorio y con la Ley General de Salud.

67. Si bien, V tenía mal pronóstico por enfermedad terminal como lo era la Insuficiencia Renal que padecía, también lo es que no se le dio la atención médica integral, se desestimaron los síntomas que presentó posterior al evento adverso que tuvo lugar en el Servicio de Urgencias, por no permitirle tener a un cuidador/familiar a permanencia, lo cual estaba indicado por el médico, tanto por la edad como por la alteración en el equilibrio (vértigo) que presentó al ingreso al Servicio de Urgencias, no se consideró su estado de fragilidad derivado de su edad ni de sus patologías de fondo, ni se mantuvo comunicación con los familiares, quienes según las notas se mostraron aprensivos y demandantes, lo cual se justifica por la falta de comunicación, por no notificar en tiempo el evento adverso, por no permitirles la estancia con su familiar para coadyuvar con el cuidado del paciente y por no darles claridad en el manejo y pronóstico del mismo.

68. Las interconsultas solicitadas a los servicios de especialidad fueron tardías y en el caso de la del Servicio de Ortopedia y Traumatología inadecuadas, desestimando la permanencia de la sintomatología y la pobre respuesta al manejo empleado; en

el caso de la valoración por Neurología, ocurrió por primera vez dos días posteriores a la caída el médico no hizo mención del temblor fino distal⁴² que presentaba el paciente y que fue referido en las notas previas; asimismo, mencionó haberle realizado exploración del aparato motor, lo cual médicamente se entiende como que valoró, marcha, estación de pie, movilidad de las cuatro extremidades, fuerza muscular, reflejos superficiales y profundos, movilidad de columna, entre otros, lo cual no pudo ser posible por las condiciones de movilidad limitada del paciente, tampoco consideró el mecanismo por el cual sucedió la caída, la cual tuvo una dinámica distinta a la que describió (caída de su propia altura) y en sus valoraciones posteriores desestimó la permanencia de los síntomas e insistía que la sintomatología no era atribuible a la caída ni a patología neurológica, sin agotar las posibilidades diagnósticas, sin considerar el estado de fragilidad del paciente y sin hacer uso adecuado de los auxiliares diagnósticos.

69. Además, no fueron atendidos los signos respiratorios que presentó V, a pesar de haber sido reportados por varios especialistas, por lo que no se interconsultó con el Servicio de Neumología; no se solicitó interconsulta con la especialidad de Geriátrica, para normar conducta, por su edad, por sus comorbilidades y por la fragilidad como adulto mayor y así poder ofrecerle una mejor calidad de vida aún dentro de su gravedad; por último, se realizó la Resonancia Magnética de forma tardía (veinte días posteriores al evento adverso), la cual reportó entre otros hallazgos una probable fractura por acúñamiento en L5.

70. Cuando se habla de un aplastamiento o acúñamiento vertebral, se hace referencia a un tipo de fractura en la que el cuerpo vertebral pierde altura en alguna de sus proporciones, las cuales se producen fundamentalmente, por compresión y por movimientos de flexión del tronco en personas con osteoporosis o por

⁴² Temblor en una parte del cuerpo alejada del punto de origen o inserción de una extremidad, de un vaso sanguíneo, de un vaso linfático o de un nervio.

traumatismo directo, principalmente de una aplicación indirecta de fuerza, por ejemplo, cuando se cae aterrizando sobre las piernas, las nalgas (sentón) o la cabeza. A pesar de que muchas fracturas vertebrales causan dolor y discapacidad, las fracturas tipo aplastamiento y acúñamiento vertebrales, a menudo se les ignora o se les trata como un simple dolor de espalda, ya que en la mayoría de los casos estas se desarrollan de manera progresiva en fracturas no traumáticas; ahora bien, en las traumáticas es evidenciable un repentino dolor, acompañado de sensibilidad al tacto y movimientos restringidos, así como anormalidades en los mismos (fasciculaciones, temblores finos). Dependiendo de la gravedad de la fractura y la pérdida de altura del cuerpo vertebral, se pueden evidenciar cambios físicos como una proporción desigual desde el tronco hasta la longitud de la pierna. Si la vértebra afectada es de la región dorsal o torácica, la curvatura cifótica de esta se ve alterada lo que conduce al abultamiento del abdomen y a la aparición de hipercifosis⁴³. En casos agravados se pueden presentar déficits neurológicos debido al estrechamiento del canal espinal, tales como: alteraciones motoras, sensitivas y viscerales. El dolor constante de espalda, combinado con el cambio físico y las restricciones funcionales, indican la presencia de una fractura de cuerpo vertebral.

71. Por lo anteriormente detallado, se opina que médicamente, los hallazgos reportados en la resonancia magnética explican la sintomatología que V presentó derivada de la caída ocurrido en el Servicio de Urgencias del citado Hospital, por lo que de haberse solicitado en tiempo y forma los estudios de gabinete necesarios, por las especialidades en Traumatología y Ortopedia, así como Neurología, con lo cual se hubiese podido diagnosticar adecuadamente la fractura por acúñamiento en L5, y ofrecerle así, una alternativa terapéutica que mejorara su calidad de vida, asimismo, no se consideró el estado de fragilidad del adulto mayor que presentaba.

⁴³ Aumento de la cifosis fisiológica, es decir, de la curva de convexidad posterior en el plano sagital, de las porciones dorsal o sacra de la columna vertebral.

72. Todo lo anteriormente referido, conllevó a un deterioro progresivo del estado general de V, mermando su calidad de vida en la etapa final, vulnerando su derecho a la salud y a recibir atención médica de calidad y calidez, lo cual se relaciona con el apartado que sigue, con un diagnóstico médico adecuado y oportuno.

73. En resumen, de la Opinión Médica realizada por este Organismo Nacional se desprende que, la atención médica que se le brindó a V en el HGZ No. 1, no fue adecuada en tiempo y forma, no consideró el estado de fragilidad del adulto mayor que presentó, lo que dio paso a que sufriera una caída en el Servicio de Urgencias, el cual no se atendió de forma inmediata, tanto por los médicos tratantes ni por el departamento de enfermería, no se realizó el reporte del sistema “VENCER”, no se les notificó a los familiares en su momento, lo que de forma justificada despertó la molestia en los mismos.

74. Se desestimó la sintomatología que presentó posterior a la caída tanto por los médicos especialistas adscritos a los Servicios de Traumatología y Ortopedia como de Neurología, Servicio en el que incluso los médicos no interrogaron adecuadamente los antecedentes del evento adverso ni describieron los síntomas que presentó el paciente, a pesar de estar referidos en notas previas (temblores finos distales), aunado a que no agotaron todas las opciones diagnósticas para encontrar la causa de la sintomatología; no se solicitó interconsulta al Servicio de Geriátrica, necesaria en este caso para normar conducta por tratarse de un adulto mayor; la interconsulta al Servicio de Gastroenterología se realizó de forma tardía (dos días posteriores al reporte de una copiosa melena <1000 cc>), lo cual comprometió su hemodinamia⁴⁴ y requirió manejo transfusional⁴⁵; en ninguno de los Servicios tratantes y/o Interconsultantes se consideró el estado de fragilidad del adulto mayor que presentaba y se desestimaron sus síntomas, que de haberse

⁴⁴ Estudio del movimiento de la sangre a través del sistema vascular.

⁴⁵ Administración de elementos sanguíneos.

diagnosticado oportunamente se le hubiese ofrecido alternativas terapéuticas para mejorar su calidad de vida, aun con el pronóstico sombrío por enfermedad terminal, violentando su derecho de recibir atención médica oportuna y adecuada a sus padecimientos médicos, incumpliendo con la LGS en su artículo 51.⁴⁶

A.2. Personas Médicos Residentes

75. El día 12 de julio del 2021, V fue valorado por PMR1, médico residente adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia, quien refirió en su nota médica “(...) acudimos tras valorar TAC de columna vertebral, se observan datos de degeneración ósea... no justifica la clínica del paciente (actualmente en manejo por STDA), se explica al familiar lo comentado, continúa a cargo de servicio tratante, solicitar revaloración en caso de considerarlo necesario”; desde el punto de vista médico legal, no se realizó un abordaje profundo a V, ni se consideraron los antecedentes del evento adverso presentado en el Servicio de Urgencias, ni mucho menos que se trataba de un adulto mayor con síndrome de fragilidad, el cual continuaba con la sintomatología, por lo que se opina que debió ser más exhaustivo en su abordaje médico, con uso de auxiliares diagnósticos con la finalidad de descartar complicaciones.

76. PMR1, médico residente adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia, el 12 de julio de 2021, no realizó un abordaje profundo a V, no consideró los antecedentes del evento adverso presentado en el Servicio de Urgencias ni que se trataba de un adulto mayor con síndrome de fragilidad, el cual continuaba con la sintomatología.

⁴⁶ 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. (...)

77. El día 11 de julio del 2021, fue valorado por PMR2, médico residente adscrito al Servicio de Medicina Interna, quien refirió: “(...) presentó evacuación melénica abundante de aproximadamente 1000 cc, con dolor abdominal difuso...campos pulmonares se encuentra con estertores bilaterales... se inicia terapia con inhibidores de bomba de protones por sospecha de STDA, continúa pendiente seguimiento TyO para valoración de lumbalgia(...)”: desde el punto de vista médico legal, PMR2 omitió solicitar interconsulta al Servicio de Gastroenterología, pues por la cantidad descrita de melena (1000cc), presentaba un riesgo para su estabilidad hemodinámica; tampoco solicitó interconsulta al Servicio de Neumología, por la presencia de estertores bilaterales; ni consideró de forma integral las condiciones de fragilidad del paciente.

78. En tal sentido, PMR2 el 11 de julio de 2021, omitió solicitar interconsulta al Servicio de Gastroenterología; asimismo no solicitó interconsulta al Servicio de Neumología, por la presencia de estertores bilaterales; sin considerar de forma integral las condiciones de fragilidad del paciente.

79. Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1 y PMR2, 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 médico 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 y PMR2 incidió en el mal manejo y omisiones durante la atención de V.

B. DERECHO AL TRATO DIGNO

80. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente, el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona de 83 años al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política y diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del IMSS.

81. El artículo 1º párrafo quinto, de la Constitución Política, establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

82. El artículo 3 fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe *satisfacer* “(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias”.

83. Los artículos, 17 párrafo primero, del Protocolo de San Salvador, 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas

Mayores”, la Convención de las Personas Mayores⁴⁷, y los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos, con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

84. 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”⁴⁸. 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.

85. Es así que, las personas adultas mayores representan un grupo vulnerable, es por ello que la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 33/52 de 14 de diciembre de 1978, decidió convocar en 1982 una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, emanando de ella el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, lo cual cobra especial relevancia en la presente Recomendación, pues en su párrafo 58 señala la necesidad de un equilibrio entre la función de las instituciones y la de la familia en la atención sanitaria de los ancianos, basado en el reconocimiento de la familia y su comunidad, como elementos fundamentales de un sistema de atención equilibrado; asimismo, recomienda a los Estados Parte, en su recomendación séptima, “(...) impartirse a quienes trabajan con personas de edad,

⁴⁷ Ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor, sin embargo, sirve de carácter orientador.

⁴⁸ 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, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26; CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

en el hogar o e instituciones, capacitación básica para sus tareas, destacando en particular la importancia de la participación de las personas de edad y de sus familiares, y la colaboración entre quienes trabajan en las esferas de la salud y del bienestar en los diversos niveles”, finalmente, recomienda “(...) capacitarse a los médicos y a los estudiantes de profesiones que tienen a su cargo el cuidado de seres humanos (por ejemplo medicina, enfermería, asistencia social, etc.) en los principios y las aptitudes pertinentes en las áreas de gerontología, geriatría, psicogeriatría y cuidado de personas de edad”, lo cual implica a su vez los conocimientos necesarios para la atención a dicho grupo de población en situación de vulnerabilidad con la finalidad de respetar su derecho humano a un trato digno.

86. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁴⁹, explica con claridad que:

(...) para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.⁵⁰

87. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁵¹, en cuyo artículo 4 fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los

⁴⁹ Publicado el 19 de febrero de 2019.

⁵⁰ CNDH. Párrafo 418, pág. 232.

⁵¹ Publicada el 25 de junio de 2002 en el Diario Oficial de la Federación.

sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

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

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

90. En el párrafo 93, de la Recomendación 8/2020 emitida por este Organismo Nacional, se destacó que “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.”

91. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de

edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos⁵², como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud, hasta la lamentable pérdida de la vida.

92. 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.”⁵³

B.1. Violación al derecho humano al trato digno por la situación de vulnerabilidad de V, como persona adulta mayor

93. El artículo 10 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores refiere que, se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica implementado por el IMSS fomentó obstáculos administrativos que impidieron el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y a un trato digno en su calidad humana, al impedir la presencia de familiares con V, tratándose de una persona adulta mayor en condición de vulnerabilidad, lo que le ocasionó sufrir un evento adverso al encontrarse sin apoyo de familiares o de personal de enfermería del HGZ No. 1.

⁵² Recomendación 260/2022, párrafo 86.

⁵³ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

94. Es importante señalar que, la empatía que los médicos deben tener hacia los pacientes y sus familiares y la importancia de mantenerlos informados sobre su estado de salud, representa un derecho, así como a recibir atención médica de calidad y calidez, lo que se relaciona con el caso concreto, pues al momento en que VI1 fue retirado del Área de Urgencias mientras cuidaba a V, siendo hasta horas después del evento adverso -según afirmó QVI- que los familiares fueron informados sobre el hecho, lo cual, violentó el derecho al trato digno de V, al no ser auxiliado por personal médico, y violentó el derecho de QVI, VI1 y VI2, de ser informados sobre el estado de salud de V.

C. DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

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

96. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, 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”.

97. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”

98. La NOM-004-SSA3-2012 por su parte, 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)."⁵⁴

99. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

100. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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 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.⁵⁵

101. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso

⁵⁴ Introducción, párrafo segundo.

⁵⁵ CNDH, párrafo 34

particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

102. En la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, se enfatizaron de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la integración del expediente clínico, pues éste no se apegó a lo descrito en la misma, debido a que las notas médicas no están debidamente requisitadas, algunas son ilegibles, no se registró el nombre, matrícula y cédula de los médicos tratantes, lo cual dificultó para esta Comisión Nacional identificar a los servidores públicos involucrados, hasta en tanto se rindió el informe complementario; además, no están ordenadas cronológicamente, no existen notas médicas por turno, ni del Servicio de Hemodiálisis, y las notas de indicaciones médicas están incompletas.

103. Destacándose que, en las notas médicas de, 10, 12 y 21, de julio de 2021, los médicos a cargo de la atención de V, omitieron colocar su nombre completo, clave, matrícula y/o cédula profesional, con lo cual incumplieron en los puntos 5.10⁵⁶ y 5.11⁵⁷ de la NOM-004-SSA3-2012.

104. En la nota médica del 10 de julio de 2021, AR1, incumplió con la NOM-004-SSA3-2012 y con los códigos de Ética Médica al falsear información del paciente.

105. En el caso de la nota médica del día 12 de julio de 2021, AR9, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, incumplió con lo establecido en la NOM-004-SSA3-

⁵⁶ 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.

⁵⁷ 5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

2012, la cual refiere que todas las notas médicas deberán ser debidamente requisitadas y escritas de forma legible, evitando usar abreviaturas y anotando siempre cualquier eventualidad y/o intervención médica, en este caso existió inobservancia en todos los aspectos referidos, siendo el más importante el motivo por el cual los familiares no aceptaron la realización de la endoscopía, la cual era parte del protocolo de estudio médico por la melena presentada previamente y no existen registros médicos respecto a la indicación de pasar a hemodiálisis.

106. En el mismo sentido, de la totalidad de constancias que fueron remitidas a este Organismo Nacional, se pudo determinar que se incurrió en la omisión de asentar diversas descripciones que se señalan puntualmente en el apartado 6.2 Nota de evolución; 7. De las notas médicas de urgencias; y 8. De las notas médicas de hospitalización.

107. En conclusión, respecto a la integración del expediente clínico, éste no se apega a lo descrito en la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, debido a que las notas médicas no están debidamente requisitadas, algunas son ilegibles, no se registró el nombre, matrícula y cédula de los médicos tratantes, no están ordenadas cronológicamente, no existen notas médicas por turno ni del Servicio de Hemodiálisis y las notas de indicaciones medicas están incompletas.

108. Es por lo que este Organismo Nacional advierte, la constitución de una falta administrativa, situación que corresponderá a la autoridad investigadora deslindar responsabilidades respecto a si, conjunta o indistintamente, a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, y cualquier otra persona profesional de la salud que atendió a V, o el personal del HGZ No. 1 encargado del resguardo de los expedientes clínicos, incumplieron la NOM-004-SSA3-2012, lo cual es de relevancia porque representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, vulnerando el derecho de QVI, VI1, VI2 a que se conociera la verdad.

109. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante, esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

110. A pesar de tales Recomendaciones, el personal médico y de enfermería persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

111. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, resultó de la inadecuada atención médica proporcionada a V, como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación a la protección de la salud y al trato digno, por inadecuada e inoportuna atención médica a V, toda vez que si bien el deceso de V, fue derivado de sus patologías de base y a la fase terminal en la que se encontraban, no menos cierto es que, el evento adverso que presentó dentro de las instalaciones del HGZ No. 1 del IMSS en Durango, así como la dilación, tanto en el manejo de las complicaciones derivadas de la caída, como en

las interconsultas y la falta de un manejo médico multidisciplinario considerando su estado de fragilidad del adulto mayor, contribuyeron a acelerar su deterioro médico; sin apego a la literatura médica acorde con el caso, la LGS y con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, como se constató con base en lo siguiente:

111.1. El 7 de julio de 2021, AR4 del Servicio de Urgencias, omitió solicitar Rx de mano y de cráneo, así como interconsulta al servicio de Traumatología y Ortopedia.

111.2. El mismo 7 de julio de 2021 se estima que el Servicio de Enfermería, incumplió en las indicaciones del médico tratante de Urgencias como con los cuidados propios de un paciente frágil, no apoyándose del cuidador/familiar; además no activó el sistema “VENCER”.

111.3. El 8 de julio de 2021, AR5 del Servicio de Urgencias, omitió solicitar interconsulta al Servicio de Geriátría, Traumatología y Ortopedia, como parte del abordaje médico de un paciente adulto mayor que sufrió un evento adverso.

111.4. Personal adscrito al Servicio de Nefrología, a cargo de la atención médica de V el 9 de julio de 2021, omitió solicitar la interconsulta al Servicio de Traumatología y Ortopedia, así como a Geriátría.

111.5. El 9 de julio de 2021, quien se logró determinar ser AR10, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, de la misma manera, no realizó el reporte en el Sistema “VENCER”.

111.6. AR1, del Servicio de Neurología, el 10 de julio de 2021, realizó una valoración no adecuada y acorde al paciente, incumpliendo además con los códigos de Ética Médica al falsear información del paciente, toda vez que omitió valorar la TAC de cráneo e V, misma que le fue realizada el 9 de julio de 2021, asimismo, refirió que realizó valoración motora del paciente, la cual encontró sin alteraciones, lo cual, médicamente resulta inconsistente, ya que para realizar dicha valoración, se requiere realizar movilidad de todo el sistema motor, así como la marcha, estación de pie, movimientos voluntarios y apetición del explorador de las cuatro extremidades y de columna vertebral en sus diferentes segmentos, lo cual para V no era posible por encontrarse en cama con limitación de movilidad, asimismo, no hizo mención acerca de las fasciculaciones y/o temblor fino que presentó en extremidades; por otro lado, el 15 de julio de 2021, también realizó una valoración la cual no fue acorde al paciente ya que no mencionó la presencia de parestesias ni del temblor fino distal que el paciente presentó, el cual persistía y no había mejoría, además no hizo una correlación de los laboratoriales del paciente con su sintomatología, ni ofreció alternativas terapéuticas para la sintomatología que presentaba en ese momento; finalmente, en valoración del 23 de julio de 2021 a V, desestimó la sintomatología referida por V y que esta no cedió al manejo; refirió desconocer por qué no se realizaron los estudios, cuando en las notas médicas se mencionaban los motivos, lo que indica que la especialista no consideró lo referido en el expediente ni tuvo comunicación con el cuidador/familiar del paciente.

111.7. AR3, del Servicio de Traumatología y Ortopedia, en atención médica otorgada a V el 10 de julio de 2021, realizó una valoración sin tomar en cuenta los antecedentes del evento adverso que presentó en el Servicio de Urgencias y que motivaron su intervención, realizando una valoración de especialidad muy escueta, no apegada con la Semiología Médica.

111.8. AR9, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, el 12 de julio de 2021, incumplió con lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, la cual refiere que todas las notas médicas deberán ser debidamente requisitadas y escritas de forma legible, evitando usar abreviaturas y anotando siempre cualquier eventualidad y/o intervención médica, en este caso existió inobservancia en todos los aspectos referidos, siendo el más importante el motivo por el cual los familiares no aceptaron la realización de la endoscopia, la cual era parte del protocolo de estudio médico por la melena presentada previamente y no existen registros médicos respecto a la indicación de pasar a hemodiálisis.

111.9. AR6, adscrita al Servicio de Gastroenterología, con respecto a la nota médica del 13 de julio de 2021, se advierte que la interconsulta debió hacerse de manera inmediata a la presentación de melena, toda vez que fue abundante (1000 cc) y que era un paciente adulto mayor con comorbilidades que podían llevar a una complicación mayor.

111.10. AR7, adscrita al Servicio de Medicina Interna, en la atención otorgada el 18 de julio de 2021 a V, omitió solicitar interconsulta al Servicio de Neumología para valorar los hallazgos en campos pulmonares, los cuales ya habían sido reportados en notas médicas previas por los médicos interconsultantes, desestimando dichos signos, los cuales cobran importancia por tratarse de un adulto mayor con muchas comorbilidades.

111.11. AR2, adscrita al Servicio de Nefrología, el 20 de julio de 2021, reportó hallazgos a nivel respiratorio, sin normar conducta, no fue solicitada consulta a Neumología.

111.12. AR8, adscrita al Servicio de Medicina Interna, se observó que existió dilación en la valoración por el Servicio de Medicina Interna la cual fue solicitada desde el 28 de julio de 2021, sin que se le llevara a cabo hasta que el paciente presentó parada cardiorrespiratoria, sin referir hora en que se presentó la misma y motivo por el cual AR2 donde se encontraba V, no intervino y se esperó hasta que AR8 que estaba en la consulta externa acudiera a valorarlo, por lo que se opina que hubo dilación, abandono de paciente y mala atención médica.

112. El análisis que antecede, debe ser considerado a fin de otorgar una reparación integral que sea acorde con el caso de V, QVI, VI1 y VI2.

113. Esta CNDH concluye que, el citado personal de salud del IMSS es responsable de contravenir lo dispuesto en los artículos, 1º párrafos primero, segundo y tercero, 4º párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º y 2º fracciones I y V, 23, 27 fracción IV, 32, 51 párrafo primero, 51 bis 1, y 61 fracción II de la LGS; así como los artículos, 9, 29 y 48, del Reglamento Interno de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; por lo que se considera que existen evidencias suficientes para concluir que, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, inobservaron 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 7º de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

114. En el mismo sentido, de conformidad con todo lo expuesto, las conductas que les fueron atribuidas AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en los artículos, 7º fracciones I, III, VII y VIII, 49, fracciones I, II, III, VI y VIII y 62 de la Ley General de

Responsabilidades Administrativas, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios antes descritos y, que para la efectiva aplicación de dichos principios, deben de cumplir además, con el servicio encomendado, absteniéndose de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o bien, implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

115. En virtud de lo anterior, y con fundamento en los artículos, 1º párrafo tercero, 102 apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 6 fracción III, 72 párrafo segundo y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 63 de su Reglamento Interno, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa ante el Órgano Interno de Control del IMSS, en contra de, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, debiendo investigar qué médico y/o residente valoró a V a su ingreso al Servicio de Nefrología el 9 de julio de 2021, a fin de que determine la responsabilidad administrativa que les corresponda, por la inadecuada e inoportuna atención médica de V; asimismo, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1 y PMR2, al incumplir la NOM-Para las Residencias Médicas.

D.2. Responsabilidad Institucional

116. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º de la CPEUM, “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.”

117. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también 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 el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos.

118. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que les 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.

119. Esta Comisión Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo de las autoridades médicas del HGZ No. 1, ya que como se señaló en la opinión médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se encontraron omisiones por parte del personal médico de dicho nosocomio perteneciente al IMSS, con respecto a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012, como está descrito en el cuerpo de la presente Recomendación, que si bien, no modificó de modo alguno el diagnóstico, pronóstico y manejo del paciente; las notas médicas no están debidamente requisitadas, algunas son ilegibles, no se registró el nombre, matrícula y cédula de los médicos tratantes, no están ordenadas cronológicamente, no existen notas médicas por turno ni del Servicio de Hemodiálisis y las notas de indicaciones

médicas están incompletas; lo que en términos de la citada disposición, conlleva responsabilidad por parte de la Institución Médica al incumplir con el objetivo de la misma, que consiste en establecer los criterios, científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

120. Por otro lado, no se supervisó que personal adscrito a los Servicios de Traumatología y Medicina Interna del HGZ No. 1, con mando superior, cumplieran con lo establecido en los puntos 5.7, 9.3.1., 10.3 y 10.5 de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se establece que si bien las personas médico 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 y PMR2 incidió en el mal manejo y omisiones durante la atención de V, lo cual derivó en una responsabilidad institucional.

121. Lo anterior constituye, en sí misma, una violación al derecho a la protección de la salud de las y los pacientes, toda vez que representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos e historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de fijar, por medio de las autoridades competentes, las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también, como ya se indicó, el derecho que tienen las víctimas a conocer la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud.

122. En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, por parte de las autoridades médicas del HGZ No. 1 al no integrar debidamente el expediente clínico, conforme a lo establecido en

la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la NOM-004-SSA3-2012, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, a todas las personas derechohabientes, que garantice la no repetición de los hechos acontecidos.

123. Por otro lado, este Organismo Nacional, advierte una responsabilidad institucional, al no contar con lineamientos, protocolos o procedimientos establecidos adecuados para la atención integral del adulto mayor, siendo que, al establecer que PSP2 informó que al momento del pase de visita a pacientes por parte de los médicos, no debe contar con acompañante, lo cual desde la perspectiva de derechos humanos, en el caso concreto, hacia la población adulta mayor como grupo vulnerable, se determinó como una violación a su derecho humano al trato digno en correlación con la protección a la salud; toda vez que, la hospitalización de los adultos mayores debido a patologías agudas o crónicas agudizadas, marca un evento de importancia trascendental, ya que por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional.

124. Se ha establecido que, de los adultos mayores que son ingresados a áreas de hospitalización, hasta el 33% presenta deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria, y se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años. La correcta evaluación⁵⁸ de la funcionalidad previa al ingreso hospitalario, así como la identificación de síndromes geriátricos⁵⁹, pueden ayudar a dirigir estrategias específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización de adultos mayores frágiles, lo cual el presente caso no se observó, pues de haberse

⁵⁸ La evaluación de los pacientes frágiles debe ser interdisciplinaria, abarcando el aspecto físico, emocional, psicológico, social y redes de apoyo, con el fin de detectar posibles obstáculos para la realización y cumplimiento del tratamiento, y así realizar una intervención oportuna.

⁵⁹ Los Síndromes Geriátricos son signos y síntomas que ocurren de forma frecuente - aunque no exclusiva - en los ancianos. Pueden ser manifestaciones de diversos padecimientos, o bien ser enfermedades per se; pueden ser causa o efecto de distintas afecciones, frecuentemente se correlacionan entre sí, y tienen grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad del anciano. Los síntomas más comunes son: Caídas, depresión, delirium, inmovilidad, trastornos de la marcha y equilibrio, deterioro cognoscitivo, incontinencia, constipación, úlceras por presión, polifarmacia, privación sensorial, entre otros.

realizado una adecuada evaluación, para determinar la procedencia de la permanencia de familiares en apoyo al Servicio de Enfermería, como en el caso particular, el evento adverso pudo haberse evitado.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

125. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos, 1º párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

126. Para tal efecto, en términos de los artículos, 1º párrafos tercero y cuarto, 2º fracción I, 7 fracciones II, III y VI, XX, XXIII, 8, 26, 27 fracciones II, III, IV y V, 62 fracción I, 64 fracciones I, II, V y VII, 65 inciso c), 73 fracción V, 74 fracciones VIII, IX y XI, 75 fracción IV, 88 fracciones II y XXIII, 96, 97 fracción I, 106, 110 fracción IV, 111 fracción I y último párrafo, 112, 126 fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud y a la integridad personal de la persona adulta mayor en agravio de V, así como acceso

a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2; este Organismo Nacional le reconoce a V, QVI, VI1 y VI2 su respectiva calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente Recomendación; por lo que, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que QVI, VI1 y VI2 tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

127. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos, 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

128. En el Caso Espinoza Gonzáles 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”.⁶⁰

129. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos recomendatorios.

a) Medidas de rehabilitación

130. La rehabilitación, en términos de los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y Directrices (instrumento antes referido); busca facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por las violaciones a los derechos humanos de las víctimas directas, a efecto de que reciba la atención psicológica y tanatológica, con perspectiva de género, en su caso, que llegue a requerir y resulte necesaria para su total rehabilitación, por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria.

131. La atención psicológica y tanatológica que requiera QVI, VI1 y VI2, deberá determinarse en coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento 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,

⁶⁰ CrIDH, Caso Espinoza González Vs. Perú, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, 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 QVI, VI1 y VI2, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

132. Las medidas de compensación, de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 al 72 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. De la misma manera, el daño inmaterial la CrIDH determinó que comprende, “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados 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 de su familia”⁶¹.

133. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como: el daño moral, el lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

134. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente

⁶¹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

Recomendación, que esté acompañada de los Formatos Únicos de la 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 que se les causó a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de satisfacción

135. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos, 27 fracción IV y 73 fracción V, de la Ley General de Víctimas, las cuales se podrán cumplir mediante el inicio de las investigaciones penales y/o administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

136. 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 ante el Órgano Interno de Control Específico de ese Instituto, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como, de quien resulte responsable de la atención médica otorgada a V el 9 de julio de 2021 a su ingreso a Nefrología, por los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Asimismo,

deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1 y PMR2, al incumplir la NOM-Para las Residencias Médicas. Una vez hecho lo anterior, remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acredite su colaboración, en cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

137. Además, este Organismo Nacional advierte que existe la CP ante el CJP, por el delito de homicidio en agravio de V, de la cual se desprende que el AMP solicitará audiencia inicial, por lo que el IMSS deberá instruir a quien corresponda para que se colabore ampliamente en la integración de la CP instruida en contra de AR2, AR7, AR8, AR9 y PMR3, por responsabilidad profesional, cuando se le requiera, a fin de que se investiguen y determinen las responsabilidades en materia penal de los hechos, a la cual este Organismo Nacional agregará copia de la presente Recomendación y de las evidencias que la soportan; una vez que se acredite dicha colaboración, se deberá informar de ello a esta Comisión Nacional; ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

d) Medidas de no repetición

138. Estas medidas consisten en implementar las acciones que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención; para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos, 27 fracción V, 74 fracciones VIII, IX y XI, así como 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas.

139. En este sentido, se hace necesario que las autoridades del IMSS en un plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, diseñen

e impartan al personal médico de Nefrología, Urgencias, Neurología, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, así como al Servicio de Enfermería del HGZ No. 1, incluyendo a, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9 y AR10, quienes aún se encuentran activos laboralmente en dicho nosocomio, los siguientes cursos de capacitación: 1) Curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención de las Personas Mayores, el cual deberá contar con la participación del programa GeriatrIMSS, atención integral; 2) El conocimiento, manejo y observancia de la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-Para Residencias Médicas; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

140. Dichos cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano 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; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

141. Por otro lado, en un plazo de dos meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los Servicios de Nefrología, Urgencias, Neurología, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, así como al Servicio de Enfermería del HGZ No. 1; incluyendo a, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9 y AR10, quienes aún se encuentran activos laboralmente en dicho nosocomio, que contenga las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos

médicos conforme a la legislación nacional e internacional; la cual, deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas adultas mayores; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que lo acredite, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

142. Esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para las autoridades 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 la 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.

143. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por dicha Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritos y acreditados en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño

que se les causó a QVI, VI1 y VI2, 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. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, proporcionar atención psicológica y tanatológica que requiera QVI, VI1 y VI2, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento 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 QVI, 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 QVI, VI1 y VI2, 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. Se colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico de ese Instituto, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como, de quien resulte responsable de la atención médica otorgada a V el 9 de julio de 2021 a su ingreso a Nefrología, por los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. También, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1 y PMR2, al incumplir la NOM-Para las Residencias Médicas, por

lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Instruir a quien corresponda para que se colabore ampliamente en la integración de la Causa Penal instruida en contra de AR2, AR7, AR8, AR9 y PMR3, por responsabilidad profesional, cuando se le requiera, a fin de que se investiguen y determinen las responsabilidades en materia penal de los hechos, a la cual este Organismo Nacional agregará copia de la presente Recomendación y de las evidencias que la soportan; una vez que se acredite dicha colaboración, se deberá informar de ello a esta Comisión Nacional.

QUINTA. En un plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, diseñe e imparta al personal médico del Servicio de Nefrología, Urgencias, Neurología, Traumatología y Ortopedia y Medicina Interna, así como al Servicio de Enfermería del HGZ No. 1, incluyendo a, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9 y AR10, quienes aún se encuentran activos laboralmente en dicho nosocomio, los siguientes cursos de capacitación: 1) Curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención de las Personas Mayores, el cual deberá contar con la participación del programa GeriatrIMSS, atención integral; 2) El conocimiento, manejo y observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 y NOM-Para Residencias Médicas; realizado lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de dos meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los

Servicios de Nefrología, Urgencias, Neurología, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, así como al Servicio de Enfermería del HGZ No. 1; incluyendo a, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9 y AR10, quienes aún se encuentran activos laboralmente en dicho nosocomio, que contenga las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; la cual, deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas adultas mayores. Hecho lo anterior, envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SÉPTIMA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel, 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.

144. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102 apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente confiere la ley, como el de resolver en términos del artículo 1° 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.

145. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46 segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

146. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a Usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de esta Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

147. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos 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 de los Derechos humanos, supuesto en el que este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República, o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH