RECOMENDACIÓN NO. 18 /2024.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS AL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD Y VIDA, TRATO DIGNO DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 Y VI6 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 19 Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 "VENADOS", AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2024

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

P R E S E N T E

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo; 4, 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2021/5412/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero

y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima indirecta	VI
Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

Nombre	Abreviaturas
ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Consejo de Salubridad General	Acuerdo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH / Comisión Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General de Zona No. 1 “Venados” del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.	HGZ 1
Guía de Práctica Clínica IMSS-465-11, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor Hospitalizado	Guía IMSS-465-11
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos del nacimiento	NOM-034-SSA2-2002
NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalaria de segundo nivel de atención 2660-003-056, Instituto Mexicano del Seguro Social	Procedimiento de Hospitalización
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento Salud
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar Número 19, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.	UMF 19

I. HECHOS

5. El 06 de abril de 2021 fue presentada queja ante esta Comisión Nacional por QVI1 en la que refirió que el 09 de marzo de 2021 acudió en compañía de su padre

V1, adulto mayor y su madre VI2 a la UMF 19, teniendo complicaciones para acceder al consultorio donde habría de darse la atención médica a V1, dadas las complicaciones de su salud y debido a la falta de condiciones de accesibilidad adecuadas por su condición de persona adulta mayor; señaló que una vez en la sala de espera correspondiente el personal médico dejó para el final su atención, sin que fuera revisado y únicamente extendiéndoles una receta de medicamentos. QVI1 refirió que V1 presentaba una mala condición de salud, con tos e insuficiencia respiratoria por lo que más tarde en la misma fecha acudieron al HGZ 1, en donde de manera “automática” lo diagnosticaron con probable COVID-19, hospitalizándolo y aislándolo, señalando el personal médico de ese hospital a VI2 que V1 no podía tener visitas.

6. El 11 de marzo de 2021, VI3 se presentó al HGZ 1 en donde personal médico le señaló que su familiar V1 había sido sometido a una “sujeción de manos”, además que padecía una disminución auditiva por lo que la comunicación con él era difícil, reiterándole que no podía recibir visitas, pero que podía recibir videollamadas. Más tarde el mismo día VI3 fue informado sobre los resultados negativos de COVID-19 de V1, indicándole que se recomendaría su traslado a otra área de ese hospital. El 12 de marzo a las 05:00 horas, personal médico del HGZ 1 informó por comunicación telefónica a VI3 que V1 había fallecido. El mismo día a las 12:30 horas, VI3 acudió al HGZ 1 a solicitar información sobre el fallecimiento de su padre sin que el personal médico le diera informes, siendo hasta las 19:30 horas que comenzaron a elaborar el certificado de defunción de V1 sin mayor explicación de las razones de defunción.

7. Debido a lo anterior, toda vez que la parte quejosa adujo la existencia de actos y omisiones que constituyen arbitrariedades de tipo médico, esta CNDH radicó el expediente de queja **CNDH/4/2021/5412/Q**, ya que personal de esta CNDH advirtió

presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, atribuibles al personal médico de la UMF 19 y del HGZ 1, por lo que se solicitó el informe y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS, y se realizaron diversas diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja de fecha 14 de mayo de 2021 presentado ante esta CNDH por QVI1, en el que describe actos y omisiones presuntamente violatorios a los derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico de la UMF 19 y del HGZ 1 del IMSS en la Ciudad de México.

9. Oficio 095503614033/407 de fecha 05 de noviembre de 2021, mediante el cual personal de la Dirección Jurídica del IMSS da respuesta a la solicitud de información realizada por personal de esta CNDH en fecha del 12 de octubre de 2021, remitiendo la siguiente documentación:

9.1 *Addendum* a la nota de defunción de V1 de fecha 12 de marzo de 2021 a las 15:50 horas, suscrita por AR4 y AR5; y nota de egreso por defunción de V1 de la misma fecha a las 03:15 horas;

9.2 Nota de gravedad de fecha 11 de marzo de 2021 a las 19:00 horas, suscrita por AR4 y AR5;

9.3 Notas de evolución de fechas 11 de marzo a las 09:00 horas y 10 de marzo a las 09:00 horas;

9.4 Nota de evolución de fecha 10 de marzo de 2021 a las 00:00 horas, suscrita por AR6, y nota de ingreso de fecha 09 de marzo de 2021 a las 17:33 horas;

9.5 Nota de Referencia-Contrarreferencia de fecha 09 de marzo de 2021, suscrita por AR1;

9.6 Resultados de laboratorio de fecha 11 de marzo de 2021 a las 11:34 horas.

10. Opinión Médica de fecha 06 de junio de 2023 emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH, en la que se concluyó que la atención brindada en el HGZ 1 fue inadecuada lo que tuvo por consecuencia afectaciones a la salud y la perdida de la vida de V1.

11. Acta Circunstanciada de fecha 15 diciembre de 2023, que hace constar comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QVI1, en la que precisa los nombres de las víctimas indirectas de esta Recomendación.

12. Correos electrónicos de fecha 03 de enero de 2024 mediante los cuales el Abogado del Área de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, informa a personal de esta CNDH que el único procedimiento iniciado con motivo del caso de V1, fue la queja médica ante la Comisión Bipartita, de la cual derivo un acuerdo en sentido improcedente, adjuntando copia del mismo, así como del oficio de notificación a QVI1.

13. Correo electrónico de fecha 03 de enero de 2024 con el que el Abogado del Área de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, informa a personal de esta CNDH sobre datos de identificación de las personas autoridades responsables.

14. Oficio V4/003735/2024 de fecha 23 de enero de 2024, mediante el cual personal de esta CNDH dio vista al titular del Órgano Interno de Control Especifico en el IMSS, de actos y omisiones atribuibles a personal médico de la UMF 19 y el HGZ

1, que pudieran constituir responsabilidad administrativa, para que en el ámbito de su competencia determine lo que a derecho corresponda.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. El 12 de agosto de 2022 la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, emitió Acuerdo sobre el caso de V1 en la que determinó que la queja era improcedente desde el punto de vista médico al concluir que la defunción de V1 no guarda relación con la atención médica institucional sino a la comorbilidad de sus patologías crónicas degenerativas, en consecuencia, ese Instituto no dio vista al OIC IMSS para la investigación de posibles irregularidades en el servicio médico prestado por AR1 médica adscrita a la UMF19 , y AR2 a AR6 personal médico adscrito al HGZ 1.

16. El 24 de enero de 2024, personal de esta Comisión Nacional dio vista de los hechos relacionados con V1, al titular del Órgano Interno de Control Especifico en el IMSS, con la finalidad de salvaguardar los derechos de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 y que esa autoridad, en el ámbito de sus atribuciones determine lo que en derecho corresponda, respecto de la posible responsabilidad administrativa de AR1, médica adscrita a la UMF 19 y AR2 a AR6, personal médico adscrito al HGZ 1.

17. Asimismo, derivado de los hechos no se cuentan con evidencias sobre la presentación de denuncia, juicio de amparo o demanda por responsabilidad patrimonial del Estado promovidas con motivo de los hechos de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2021/5412/Q,** en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, con perspectiva de persona adulta mayor, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 atribuibles a personas servidoras públicas adscritas a la UMF 19 y al HGZ 1 del IMSS en la Ciudad de México, conforme a lo siguiente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1

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

[1] SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.

20. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, "[…] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población"*[2]. Por lo que, "[t]*odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*"[3].

21. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce 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*".

22. Por su parte, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala que el derecho de protección a la salud de las personas adultas mayores comprende tener acceso preferente[4] a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de

---

[2] Tesis Constitucional. "*Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute*"; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.

[3] ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.

[4] Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos: …
III. De la protección de la salud, la alimentación y la familia: …
b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional

esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

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

❖ Antecedentes clínicos de V1

23. V1 era un adulto mayor que al momento de los hechos, tenía por antecedentes clínicos de relevancia cardiopatía mixta[5] con tratamiento a base de digoxina[6], sin que en las constancias médicas se asentara la fecha de diagnóstico; hipertensión arterial sistémica en tratamiento farmacológico con metoprolol[7], sin que en las notas médicas se precisara el tiempo de evolución; hipoacusia bilateral[8], hiperplasia prostática benigna[9] en tratamiento con tamsulosina[10], enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)[11] diagnosticada el año 2018 con tratamiento, sin que en las constancias médicas se especificara el tipo, manejada con esteroide farmacológico a base de broncodilatadores[12], anticoagulante[13], así como oxígeno suplementario mediante puntas nasales a tres litros por minuto durante 16 horas al día, éste último indicado desde el año 2020; por lo anterior es posible señalar que

[5] Se refiere a la asociación de casos de corazón pulmonar crónico, insuficiencia coronaria crónica e hipertensión arterial sistémica.
[6] Medicamento indicado en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva y arritmias asociadas.
[7] Hipertensivo.
[8] También llamada sordera bilateral, no es más que una disminución o pérdida en la capacidad de escuchar que tiene lugar en ambos oídos.
[9] Agrandamiento de la próstata.
[10] Medicamento cuya acción es relajar los músculos de la próstata y la vejiga para permitir que la orina fluya más fácilmente.
[11] Es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire en los pulmones; dicha afección incluye al enfisema bronquitis crónica, Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco y sibilancias. Las personas con esta afección tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón y varias otras afecciones.
[12] Salmeterol, salbutamol e ipratropio
[13] Warfarina.

V1 cursaba comorbilidades a ser consideradas por los médicos tratantes del HGZ 1 y que lo colocaban como una persona en especial situación de vulnerabilidad[14], al ser además una persona adulta mayor.

24. Las Naciones Unidas han señalado que los riesgos de salud afectan de distinta manera a mujeres y hombres, porque el grado de exposición a estos no es el mismo para todas las personas; algunas personas y algunos grupos se ven mucho más expuestos que otros a estos riesgos, debido a sus características sociales y demográficas, nivel económico, estado físico, edad, entre otros factores interseccionales, por ello, la vulnerabilidad representa una elevada exposición a determinados riesgos, junto con una capacidad reducida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.[15]

25. Las comorbilidades de V1 descritas, debieron ser consideradas por el personal médico que brindó atención médica a V1 en el HGZ 1 sin embargo lo anterior no sucedió, al configurarse omisiones que colocaron en un riesgo de mortalidad mayor a V1 como persona adulta mayor, quien estaba expuesta a riesgos específicos derivados de su condición de salud y estado físico, de la forma que será descrita en los siguientes apartados.

A.1. 2. INADECUADO SERVICIO MÉDICO A V1 EN EL HGZ 1

26. El 09 de marzo de 2021 V1 acudió a la UMF 19 donde fue atendido por AR1, médica adscrita a esa Unidad Médica, quien de acuerdo con QVI1 “paso primero a

[14] 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.”

[15] Naciones Unidas, Oficina Internacional del Trabajo, Protección Social Justicia Social, Una Inversión Durante Todo el Ciclo de Vida, Ginebra, 2003, pp. 2-3. Disponible en línea: https://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/ciclodevida.pdf consultado el 14 de septiembre de 2023.

todos los demás pacientes" y dejó para el final la atención a V1, "sin tomarse la molestia de revisarlo" y únicamente expidiendo receta médica. Conforme a nota de referencia de esa fecha, AR1 lo diagnosticó con cianosis peribucal[16], acrocianosis[17] y saturación de oxígeno de 76%, datos por los cuales decidió su referencia al HGZ 1 con diagnóstico de envío de neumopatía obstructiva crónica (EPOC). Por lo anterior fue posible conocer que AR1 sí valoró a V1, sin embargo, al no existir notas médicas relacionadas a la atención brindada por esa médica a V1 en la fecha señalada que permitan desvirtuar el testimonio de QVI1 en el sentido de que, AR1 retardó de forma injustificada la atención de V1, esta CNDH tiene por cierta dicha afirmación al ser datos relevantes, relacionados al derecho de atención preferente[18] que V1 si detentaba como persona adulta mayor para acceder a un servicio de calidad[19].

27. Por ello, el 09 de marzo de 2021 a las 15:14 horas, V1 acudió al HGZ 1 donde fue valorado por personal médico adscrito al servicio de Urgencias Adultos, sin que se pueda conocer los datos del dicho personal médico o información sobre la atención que V1 recibió debido a la condición de ilegible de las notas médicas correspondientes, sin embargo, en informe médico suscrito por PSP1, subdirector médico del HGZ 1, de fecha 28 de octubre de 2021, refirió que el 09 de marzo a las 15:14 horas V1 acudió al HGZ 1 por sospecha de Covid-19, nivel de gravedad

[16] Coloración azulosa
[17] Coloración azulosa en extremidades
[18] Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
Artículo 4o. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley: …
V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.
[19] Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: …
X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales;

amarillo[20], observándolo "*a su ingreso con dificultad ventilatoria con ingreso a urgencias con presencia de tos, rinorrea[21], disnea[22] de medianos a pequeños esfuerzos de 1 semana de evolución, a la exploración con presencia de cianosis, diaforético[23] con hipoventilación[24] pulmonar bilateral desaturando[25] al 63% por lo que se inicia protocolo de sospecha de Covid*", determinó diagnóstico de sospecha de Covid, enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada[26], hipertensión arterial sistémica e indicó tratamiento con paracetamol, omeprazol, ceftriaxona, enoxaparina, dexametasona.

28. En el mismo día a las 17:33 horas, V1 ingresó al Área COVID del servicio de Medicina Interna, siendo atendido por personal médico adscrito a ese servicio, sin poder conocer los datos de ese personal porque la nota médica correspondiente está incompleta. En la referida nota se señaló que V1 tenía los diagnósticos de

[20] Es una situación que requiere atención médica en un tiempo no mayor a 30 minutos
[21] Una nariz congestionada o tapada se produce cuando los tejidos que la recubren se hinchan. La hinchazón se debe a la inflamación de los vasos sanguíneos. El problema también puede incluir "rinorrea" o secreción nasal.
[22] La disnea es la dificultad respiratoria o falta de aire.
[23] Que provoca la secreción de sudor.
[24] La hipoventilación es una respiración demasiado superficial o lenta que no satisface las necesidades del cuerpo.
[25] Los pacientes sin trastornos respiratorios que están en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y otros pacientes, pueden desarrollar hipoxia (saturación de oxígeno < 90%) durante una hospitalización.
[26] Acorde con la literatura médica especializada", la agudización o exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como un episodio de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y que se caracteriza por un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios que va más allá de sus variaciones diarias; las exacerbaciones con el tiempo suelen hacerse más frecuentes e intensas, deteriorando la función pulmonar; dentro de las causas encuentran la infección del tracto traqueobronquial (virus, bacterias u hongos), la contaminación ambiental, el mal apego al tratamiento de base y, en un tercio de los casos, la causa no se llega a conocer.

Insuficiencia respiratoria aguda tipo I[27], sepsis de origen pulmonar[28], neumonía atípica probable SARS COV-2, lesión renal aguda KDIGO 4[29], hipertensión arterial de acuerdo con historia clínica; presentaba hipoacusia por lo que la comunicación era difícil, con antecedente de neumopatía intersticial no específica[30] diagnosticada en diciembre de 2020 y cardiopatía mixta, hipertensión arterial, poliglobulia[31]; cuadro clínico de un mes con evolución consistente en tos, malestar general y rinorrea[32], desde hacía una semana con persistencia y agudización de sintomatología previamente descrita, disnea de medianos esfuerzos y dificultad respiratoria[33].

29. En la misma atención médica se refirieron datos sobre V1 a su ingreso a hospitalización en el HGZ 1 con frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, que es elevada; encontrado somnoliento, con murmullo vesicular[34] bilateral con estertores en ambas bases e hipoventilación basal bilateral[35]. El 10 de marzo

[27] Es causada por un cortocircuito intrapulmonar de sangre, lo que provoca un desequilibrio ventilación-perfusión (V/Q) debido al llenado o al colapso del espacio aéreo (p.ej., edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico, neumonía, hemorragia pulmonar) o posiblemente enfermedad de las vías aéreas.
[28] Afección causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección; el cuerpo libera sustancias químicas inmunitarias en la sangre para combatir la infección.
[29] Acorde con los estudios de laboratorio reportados de fecha 09 de marzo de 2021 (Foja 00036), el agraviado contaba con creatinina de 2.15mg/dl (normal 0.7 a 1.3 mg/dl) y urea de 79.8 mg/d1 (normal 12 a 54 mg/dl), lo anterior indicativo de lesión renal aguda.
[30] La neumonía intersticial inespecífica es una neumonía intersticial idiopática que se produce sobre todo en las mujeres de 40 a 50 años. Los pacientes tienen tos y disnea, que pueden estar presentes durante meses a años. El diagnóstico se realiza con TC de alta resolución y biopsia pulmonar.
[31] Es un exceso de glóbulos rojos, que se llama comúnmente “sangre espesa”. Con frecuencia es un mecanismo para compensar la disminución del oxígeno en sangre como ocurre en fumadores importantes, pacientes con problemas respiratorios o cardiológicos y personas que viven a gran altura.
[32] Escurrimiento nasal.
[33] Indicativo de exacerbación de la EPOC.
[34] Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Se escuchan cuando una persona inhala. Se cree que ocurren cuando el aire abre los espacios aéreos cerrados.
[35] Es un raro trastorno en el cual una persona no toma suficientes respiraciones por minuto. Los pulmones y las vías respiratorias son normales.

a las 00:10 horas, V1 fue valorado por AR2, médica adscrita al área COVID del servicio de Medicina Interna, quien señaló que éste cursaba con los diagnósticos de "insuficiencia respiratoria aguda, probable COVID-19, enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada, refiriéndole V1 continuar con disnea; lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales[36]; la médica agregó que contaba con estudio de radiografía de tórax sin especificar la fecha de toma, que mostraba hallazgos descritos en pacientes con COVID-19, asimismo, señaló se encontraba pendiente la toma de prueba PCR para detección de virus SARS-CoV-2; indicó continuar con manejo médico integral orientado en el tratamiento de la infección probable por COVID-19 e indicó tratamiento a base de solución intravenosa (Hartmann), protector gástrico (omeprazol), anticoagulante (enoxaparina), analgésico (paracetamol), esteroide (dexametasona), antibiótico (ceftriaxona) y oxígeno por mascarilla con reservorio[37] a 10 litros por minuto, el cual estaba orientado en el manejo de la probable enfermedad por COVID-19 con que cursaba, esto al considerarse un caso sospechoso.

30. El mismo día a las 09:00 horas, V1 fue valorado por AR3 quien lo reportó con saturación de 91%, continuando con aporte de oxígeno suplementario a 10 litros por minuto mediante mascarilla con reservorio y broncoespasmo leve; reportó resultados de Radiografía de tórax, sin especificar la fecha de toma, que mostraba imagen sugestiva de enfisema pulmonar (EPOC) y fibrosis con vidrio despulido para hiliar bilateral[38] motivo por el cual agregó al tratamiento medicamento esteroide inhalado y broncodilatador[39] e indicó vigilancia de glucemia capilar con esquema

[36] Tensión arterial de 115/73 mmHg (normal 90/60 a 140/90 mml1g), frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto (normal 60 a 100), frecuencia respiratoria de 20 por minuto (normal 16 a 20), temperatura de 35.5°C (fiebre mayor a 38°C), saturación de oxígeno de 94% (normal mayor a 90%).
[37] Es un sistema de bajo flujo que permite concentraciones próximas al 90% en óptimas condiciones.
[38] Imagen descrita en pacientes portadores de neumonía por COVID-19.
[39] Beclometasona y salbutamol

de insulina rápida por razón necesaria[40], colocarlo en posición prona[41] para favorecer la adecuada oxigenación, estudio de tomografía de tórax, exámenes de laboratorio de control con reactantes de inflamación completos, así como realización de prueba PCR de detección del virus SARS-CoV-2 para confirmación, cuya muestra se tomó el mismo día[42].

31. El 11 de marzo a las 09:00 horas, V1 fue valorado por AR3 quien refirió "*con los diagnósticos de a descartar neumonía por Covid-19, fibrosis pulmonar, hipoxia crónica, lesión renal aguda AKIN 2, hipertensión arterial sistémica, delirio hiperactivo. Refiere continuar con disnea… se encuentra con sujeción gentil de extremidades… Oximetría de pulso sin aporte de 02 suplementario de 80%, con mascarilla bolsa reservorio a 15 litros por minuto se incrementa al 89% (*indicativo de deterioro de la función pulmonar*) ... Durante su estancia hospitalaria se le realizó la prueba rápida para COVID-19 resultado negativo… se solicitó PCR para SARS COV-2[43]… se estableció tratamiento médico integral teniendo mala evolución… ha presentado desde ayer en la noche evento de delirio hiperactivo[44] por lo que se ha*

[40] Medicamentos esteroides como la dexametasona tienen como efecto secundario un aumento en los niveles de glucosa en la sangre, por lo que la vigilancia de este parámetro es parte fundamental del cuidado de estos pacientes.
[41] Boca abajo.
[42] Con relación al tratamiento de la exacerbación del EPOC, la literatura médica señala que éste debe de ir encaminado a combatir la causa, incluyendo de manera general antibióticos (como la ceftriaxona), en caso de sospecha de infección bacteriana, oxigenoterapia (saturación de oxígeno de 90 a 92% como meta) mediante mascarilla o cánulas nasales, administración de corticoides sistémicos (como dexametasona) los cuales mejoran la función pulmonar aportando el tiempo de recuperación, profilaxis tromboembólica (anticoagulantes) y medicamentos broncodilatadores; lo anterior incluido en el manejo médico brindado al agraviado hasta ese momento.
[43] Acción realizada en apego al Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, Secretaría de Salud (Enero 2021): " *Realizar prueba rápida de antígeno para SARS-CoV-2 a pacientes que cumplan con definición operacional y presenten 0 a 7 días de evolución. Negativo: Realizar al 100% PCR SARS-CoV/-2 para vigilancia epidemiológica*".
[44] La Guía de Práctica Clínica IMSS-465-11, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor Hospitalizado (Actualización 2016), señala que se trata de una falla cerebral aguda que se presenta como un repentino decline de la función cognitiva y atención, con un inicio agudo o

administrado haloperidol[45]*… y hubo necesidad de sujetar al paciente ya que reporte enfermería que desde anoche ha estado agresivo con el personal y rehúsa se le ministren medicamentos y usar la mascarilla que aporta el oxígeno suplementario... no hay familiar en este momento que reciba informe médico sobre su estado grave, la evolución mala y el pronóstico malo para la función y la vida, no está exento de complicaciones inherentes a sus patologías, dadas las condiciones clínicas del paciente, las condiciones malas de ingreso, proceso infeccioso pulmonar agregado sobre patología pulmonar crónica, las comorbilidades y las complicaciones agudas…".*

32. La Opinión Médica de esta CNDH señaló que, en este caso, el actuar de AR3 fue adecuado y que la sujeción gentil de extremidades fue apegada al Acuerdo[46], al implementarse como medida esencial para la seguridad propia del paciente, toda vez que, su "estado agresivo" puso en riesgo la continuidad del manejo médico[47], mismo que era fundamental para el tratamiento de su padecimiento pulmonar, y que además ponía en riesgo su propia seguridad, al incrementar el riesgo de

súbito; es más frecuente a partir de los 75 a 80 años, y se asocia con una alta mortalidad (34% de los pacientes hospitalizados); se considera multifactorial ya que existen un conjunto de factores que contribuyen a su aparición , por lo que un solo mecanismo no es el desencadenante; en general las sintomatología aparece en un periodo corto (horas o días) con trastornos de la función cognoscitiva (déficit de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje,
etc.), así como alteraciones en el comportamiento psicomotor como hiperactividad; en este último el paciente se encuentra agitado, con actividad psicomotora aumentada, inquieto, irritable, preocupado, ansioso o combativo, lo anterior compatible con el cuadro clínico descrito en el agraviado

[45] *Antipsicótico.*

[46] En su apartado *"Acción causa de caídas", establece: Esencial 6, Reducción del riesgo de daño al paciente por "Acción Esencial 6 A, De la evaluación y re-evaluación del riesgo de caídas. El personal de salud: Debe reevaluar el riesgo de caída del paciente en: a. Cada cambio de turno. b. Cambio de área o servicio. c. Cambio en el estado de salud... Acción Esencial 6 B 1 De las acciones generales para la prevención de caídas. Debe realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes… Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo al protocolo establecido en la Institución",*

[47] Ministración de medicamentos y de oxigenoterapia.

caídas, así como la seguridad del personal de salud que le brindó atención en ese momento, siendo necesaria e indicada tal medida de protección.

33. En el mismo día del 11 de marzo a las 19:00 horas, V1 fue valorado por AR4 y AR5, quienes en nota de gravedad asentaron que V1 presentaba insuficiencia cardiaca neumopatía intersticial crónica[48], insuficiencia respiratoria crónica[49], e hipoacusia bilateral profunda. Refirió que V1 se encontraba hospitalizado "con diagnóstico de neumonía probablemente secundaria a infección por SARS COV2", orientado e "inquieto, agresivo, grosero con el personal… incluso, golpeó a una enfermera durante la mañana, por lo que hubo la necesidad de sujetarlo gentilmente a la cama", añadió que su saturación respirando aire ambiente era de 63% y con mascarilla subía a 92%, que V1 ingresó al área de aislados COVID-19 por sospecha de neumonía por SARS-COV2 debido a imagen radiográfica solicitada a su ingreso al servicio de Urgencias, sin embargo, su patología pulmonar de base[50] se había empeorado, por los datos descritos, esos médicos señalaron que consideraban poco probable el diagnóstico de infección por SARS-COV debido a la prueba rápida con resultados negativos a SARS-COV y a la identificación de la referida patología base, sugiriendo por ello traslado a hospitalización general, teniendo pendientes los resultados de prueba de PCR negativa[51] para efectuar el cambio.

---

[48] Neumonía intersticial no especifica.
[49] Usaba oxigeno domiciliario.
[50] Antecedente antes comentado de neumopatía intersticial crónica, evidenciada en imágenes radiográficas desde el 2013 y con tomografía del 2018 que reveló engrosamiento septal y un patrón micronodular bilateral diseminado y cardiomegalia.
[51] El Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, Secretaria de Salud (Enero 2021), señala que en pacientes que cumplan con definición operacional de enfermedad respiratoria viral y que tengan un resultado negativo en la prueba rápida de antígeno, se les debe realizar una prueba PCR para detección de virus SARS-CoV2 a fin de confirmar dicho resultado: por lo anterior, si bien es cierto que, el agraviado contaba con un resultado negativo en la prueba rápida de detección del virus SARS-CoV-2, también

34. Es importante señalar que AR2, AR3, AR4 y AR5, el personal médico que hasta ese momento brindó la atención médica a V1 en el HGZ 1, identificaron datos de EPOC en V1 como enfermedad pulmonar base diagnosticada desde el año 2018 pero desestimaron que, aunque la causa más común de exacerbaciones de EPOC son las infecciones (virales, bacterianas y por hongos), las cuales sí fueron consideradas, la literatura médica[52] refiere que su sintomatología no es específica por lo que, en casos de pacientes con EPOC se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, entre las que se encuentran las patologías cardiovasculares las cuales son frecuentes en pacientes que cursan con EPOC, dado que éstas se asocian con un mayor impacto negativo en la evolución de la exacerbación, por ello el protocolo diagnóstico debe incluir exámenes complementarios como electrocardiograma de 12 derivaciones, medición de péptidos natriuréticos[53] y troponinas[54], a fin de detectar la coexistencia de arritmias auriculares, insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica[55] como causa del cuadro clínico pulmonar; estudios que en el caso no fueron solicitados por AR2, AR3, AR4 y AR5.

35. En ese sentido, pese al estado grave de V1 en su estancia en el HGZ 1, en el periodo comprendido del 09 al 12 de marzo de 2021, ninguno de los médicos referidos diagnosticó de forma adecuada a V1 y por tanto, omitieron brindar un

---

lo es, que no sería cambiado de área hasta contar con el resultado de la prueba confirmatoria (PCR) y descartar por completo el COVID-19 (cuya muestra se tomó el 10 de marzo de 2021).

[52] González-Del Castillo, y otros, 2018; Montufar-Andrade, Díaz-Santos, Matiz, Munive, & Pacheco, 2020.

[53] Son hormonas que se encuentran en distintos tejidos, pero principalmente son sintetizadas y almacenadas en los miocitos auriculares y ventriculares del corazón, cuya medición se utiliza como complemento del diagnóstico de insuficiencia cardiaca o falla cardiaca aguda.

[54] La troponina es una proteína que colabora en el acoplamiento actina-miosina que se produce durante la contracción muscular; las troponinas I y T son las que se encuentran presentes en el músculo cardíaco; debido a que niveles altos representan un marcador de daño miocárdico, se utilizan, entre otras cosas, en la valoración de la insuficiencia cardiaca aguda o crónica.

[55] González-Del Castillo, Op.Cit.

tratamiento adecuado, de acuerdo con sus multimorbilidades[56] lo que exacerbó su condición de salud y generó mayores riesgos de mortalidad para V1; lo anterior pese a que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR2, AR3, AR4 y AR5 tuvieron conocimiento de los antecedentes de cardiopatía mixta e hipertensión arterial, y que los pacientes con EPOC tienen un riesgo elevado de presentar cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca[57]; así las cosas, se observó que tampoco se tomó en cuenta la evolución tórpida del agraviado, considerada como fracaso clínico de la exacerbación de la EPOC, la cual, acorde con la literatura médica especializada[58] se define como la persistencia de los síntomas y signos tras 48 a 72 horas de tratamiento, esto último tomando en cuenta que para la valoración del día 11 de marzo de 2021 a las 19:00 horas, V1 requería de altos flujos de oxígeno para lograr metas adecuadas de oxigenación y persistía con frecuencia respiratoria aumentada[59], situación que también obligaba a ese personal médico a realizar un diagnóstico diferencial ya que la ausencia de control de comorbilidades del paciente o la existencia de un proceso concomitante no diagnosticado se consideran causas de fracaso clínico de la exacerbación de la EPOC[60].

36. En conclusión, AR1 es responsable por omitir garantizar en favor de V1 la protección más amplia a su derecho de atención preferente como persona adulta mayor que buscaba acceder a los servicios de salud de la UMF 19 en estado de salud grave; asimismo, AR2, AR3, AR4 y AR5 son responsables de omitir brindar

[56] Concurrencia de varias enfermedades o condiciones de salud en una persona, sin dominancia o relación entre ambas.
[57] Vázquez-Rosa, Tarraga-Marcos, Tarraga-Marcos Romero de Ávila, & Tarraga-López, 2020.
[58] González-Del Castillo, y otros, 2018.
[59] Acorde con formatos de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de los días 09 al 11 de marzo de 2021 (Fojas 000043 anverso y 000042 reverso), el agraviado cursó con cifras de frecuencia respiratoria entre 21 y 25 respiraciones por minuto (normal 16 a 20).
[60] González-Del Castillo, Op.Cit.

un diagnóstico diferencial de la etiología de la exacerbación de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) como parte de la valoración integral de dicho padecimiento, no agotando con ello los medios de diagnóstico disponibles, lo que generó la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos para el control de sus comorbilidades cardiovasculares, incrementando gravemente los riesgos de mortalidad de V1. Con lo anterior, además de los elementos expuestos que permiten acreditar a esta CNDH una vulneración a la protección de la salud de V1 por parte de AR1, AR2 AR3, AR4 y AR5, también permite acreditar, con base en las observaciones realizadas en este apartado, que los actos y omisiones de ese personal médico estaba provisto de edadismo[61] y fue carente de perspectiva en derechos humanos de la persona adulta mayor.

B. DERECHO DE PROTECCIÓN A LA VIDA DE V1

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

38. La SCJN ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, no sólo prohíbe la privación de la vida, también exige a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho; en ese sentido,

[61] Edadismo: se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido. El edadismo institucional se refiere a las leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de las instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas en razón de su edad. El edadismo interpersonal surge en las interacciones entre dos o más personas, mientras que el edadismo autoinfligido se produce cuando se interioriza el edadismo y se vuelve contra uno mismo.

existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.[62]

39. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

B1. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V1

40. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 constituyen también el soporte que permite acreditar la violación de su derecho a la vida, ya que V1 no recibió la atención médica adecuada en el HGZ 1 pues el personal médico de ese hospital no estableció un tratamiento adecuado a la EPOC que V1 padeció, lo que generó múltiples factores de riesgo que incrementaron su mortalidad.

41. La Opinión Médica de esta CNDH señaló que, con relación a la evolución de V1 durante el turno nocturno del 11 de marzo de 2021, el personal de enfermería le realizó toma de signos vitales en dos ocasiones, la primera a las 20:00 horas, donde se reportó tensión arterial de 113/84 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 por

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

minuto, y saturación de oxígeno de 91%; y la segunda a las 00:00 horas del día 12 de marzo de 2021, donde se registró tensión arterial de 137/76 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de oxígeno de 94%; dichos signos dentro de parámetros normales en las dos ocasiones, cabiendo señalar que los registros donde se asentó dicha información, solo se cuenta con el lado anverso, por lo que no fue posible conocer si se reportaron eventualidades en su estado de salud durante el turno nocturno.

42. En nota de defunción de fecha 12 de marzo de 2021 a las 03:15 horas, AR6 reportó que personal del servicio de enfermería de ese HGZ 1 le informó de la ausencia de signos vitales de V1, confirmando “parada cardiorrespiratoria”, por lo que se iniciaron maniobras básicas y avanzadas de reanimación durante 20 minutos, sin que hubiera retorno a la circulación espontánea, declarando hora de la defunción a las 03:15 horas del 12 de marzo de 2021, refiriendo como causas de la defunción insuficiencia respiratoria aguda 4 días, neumonía atípica probable SARS COV2 4 días, lesión renal aguda 4 días, hipertensión arterial sistémica.

43. Es importante reiterar que, con relación a la vigilancia médica de V1, previó a su fallecimiento la Opinión Médica de esta CNDH advirtió que en su expediente clínico no se cuenta con nota médica correspondiente al turno nocturno del día 11 de marzo de 2021, siendo la última valoración médica previa a la defunción la efectuada a las 19:00 horas por AR4 y AR5; pese a que es cierto que existe nota correspondiente a los registros del servicio de Enfermería, en los que se refiere que V1 permaneció hemodinámicamente estable hasta las 00:00 horas del día 12 de marzo de 2021, no existe evidencia documental de que AR6 haya realizado la visita médica durante su turno, o bien, efectuado una adecuada vigilancia y seguimiento de la condición de salud del agraviado previo a su fallecimiento, esto en el entendido de que se trataba de un paciente delicado, pues contaba con una Nota de Gravedad

del turno previo, lo que es contrario a lo previsto en el Procedimiento de Hospitalización[63].

44. Por ello, es posible afirmar que la atención brindada a V1 por AR6 fue inadecuada, al no haber efectuado la visita médica durante su turno, ni haber llevado a cabo una adecuada vigilancia de la evolución y de su estado de salud, pese a que éste ameritaba seguimiento estrecho al considerarse un paciente grave; dichas omisiones favorecieron que el cuadro de choque cardiogénico[64] que presentó, no se identificara y tratara de manera oportuna, lo que contribuyó al deterioro en su estado de salud y su posterior fallecimiento.

45. Aunado a lo anterior, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional concluyó que los padecimientos crónicos cardiovasculares de V1, siendo estos cardiopatía mixta e hipertensión arterial sistémica, y el daño pulmonar, favorecieron el desarrollo de exacerbación de la EPOC que V1 padecía, ello sumado a las

[63] «…Equipo de salud. 5.2.38. Realizará enlace de turno, con la finalidad de verificar la calidad de atención que se proporciona al paciente e información relevante para su seguimiento. 5.2.45. Elaborará las notas médicas de atención a los pacientes hospitalizados a su cargo por lo menos una vez dentro de su jornada laboral o las veces que sean necesarias. Actividades diarias del Equipo de Salud, Médico No Familiar. 117. Elabora "Nota de evolución", con base en hallazgos obtenidos durante la visita médica, en el formato "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72", ratifica o rectifica el diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico"; recordando que la Dra. Denisse Vianey Jiménez Serafín acudió a valorar al agraviado una vez que el servicio de Enfermería le notificó sobre la ausencia de signos vitales. Vale la pena agregar que, acorde con la literatura médica especializada, la identificación y el tratamiento del choque cardiogénico se considera una emergencia cardiovascular.

[64] El cuadro clínico del choque cardiogénico incluye datos clínicos de congestión vascular (disnea, edema generalizado, estertores bibasales, reflejo hepatoyugular, presión de la vena yugular elevada) y de hipoperfusión tisular (piel fría y húmeda, llenado capilar retardado, hipotensión, oliguria y alteración del estado mental); el diagnóstico incluye el cuadro clínico y la realización de estudios de gabinete (electrocardiograma, radiografía de tórax y ecocardiograma); el manejo incluye en primera instancia la estabilización del paciente (infusión de líquidos intravenosos, administración de medicamentos vasoactivos, mantener oxigenación adecuada y realizar protección de la vía aérea en caso necesario), de manera posterior el tratamiento se dirigirá al estudio y tratamiento de la causa. sin especificar tipo.

condiciones de salud graves que presentó a su ingreso hospitalario, en adición con sus comorbilidades, su edad avanzada, y la atención inadecuada por parte de los médicos tratantes durante su estancia en el HGZ 1, contribuyeron en su conjunto al desarrollo del choque cardiogénico como complicación y a su posterior fallecimiento.

46. En "Addendum a la Nota de Defunción", de fecha12 de marzo de 2021 a las 15:50 horas, suscrita por AR4 y AR5 refirieron que se recabó el resultado de la prueba PCR para SARS COV2 de fecha 11 de marzo de 2021, que se reporta “NEGATIVA”, considerando esos médicos que las causas de la defunción de V1 son “Choque cardiogénico[65] 30 minutos, Insuficiencia respiratoria aguda 4 días, arritmia cardiaca 8 años, enfermedad pulmonar intersticial 8 años", siendo estas, con arreglo a la Opinión Médica de esta CNDH, las causas del fallecimiento de V1. En ese sentido, AR4 y AR5 descartaron la infección por el virus SARS-CoV-2, con base en el resultado negativo de la prueba confirmatoria (PCR), determinado choque cardiogénico como causa de la defunción considerando los antecedentes cardiovasculares de agraviado (arritmias, cardiopatía mixta, EPOC).

47. Las acciones y omisiones descritas en la observación de vulneración de protección a la salud y al derecho a la vida, permiten a esta CNDH acreditar que las acciones y omisiones de AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, además de impedir que V1 pudiera acceder a un diagnóstico y tratamiento adecuados para el control de sus comorbilidades cardiovasculares, también contribuyó a que desarrollara choque cardiogénico como complicación y posterior fallecimiento.

[65] El choque cardiogénico es un estado fisiopatológico crítico en donde un corazón con bajo gasto cardiaco no es suficiente para perfundir los tejidos de manera adecuada, dentro de las causas se encuentran la insuficiencia cardiaca secundaria a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

48. Con relación a QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 la Ley General de Víctimas señala en su artículo 4 que "[s]on víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella", en ese sentido la CrIDH ha considerado que se puede declarar violado el derecho a la integridad psíquica y moral de "familiares directos" u otras personas con vínculos estrechos con las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que aquellos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a estos hechos, tomando en cuenta entre otros elementos, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar[66].

C. DERECHO AL TRATO DIGNO, DEBIDO A LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V1, COMO PERSONA ADULTA MAYOR

49. La dignidad humana es un derecho humano y un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica que debe ser respetada en todo caso, cuya importancia resalta por ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos humanos, entendiéndola como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y a no ser degradada; siendo reconocida en los artículos 1 último párrafo; 2 apartado A, fracción II, 3, fracción II, inciso c), y 25 de la CPEUM.[67]

[66] CrIDH, Caso Leguizamón Zaván y Otros Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 15 de noviembre de 2022, Parr. 87.
[67] SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 37/2016, DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA, Registro digital: 2012363.

50. El derecho al trato digno ha sido definido como "*la prerrogativa que tiene todo ser humano a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, generalmente aceptadas por los miembros de la especie humana y reconocidas por el orden jurídico*"[68].

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

52. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala que "[n]inguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar sus derechos y libertades".

C1. VULNERACIÓN DEL DERECHO AL TRATO DIGNO DE V1

53. De conformidad con el testimonio de QVI1, el 09 de marzo de 2021 V1 en compañía de QVI1 y VI2 arribaron a la UMF 19, quienes por la condición de salud de V1 sumado a que era una persona adulta mayor, tuvieron dificultades para poder acceder a la instalación médica, lo que constituye una transgresión a la Ley de los

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

Derechos de las Personas Adultas Mayores en su artículo 5 fracción IX[69], reforzado por la máxima de la experiencia de que las personas adultas mayores tienen mayores dificultades de movilidad que ha generado deberes específicos para las autoridades del sector público como el referido derecho de accesibilidad; aunado a lo anterior, cuando finalmente llegaron al área correspondiente de atención, de acuerdo al dicho de QVI1, AR11 atendió primero a los demás pacientes dejando para el final la atención de V1.

54. Como fue referido, las personas adultas mayores tienen derecho a un trato digno, lo que además incluye la garantía de todos los derechos previstos para las personas adultas mayores como el derecho a tener un acceso preferente previsto en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que en el caso de V1 implicaba deberes específicos por parte de AR1 para garantizar su acceso preferente a los servicios de salud. Lo anterior, se afirma dando especial valor al testimonio de QVI1 al tratar sobre hechos que derivaron en la muerte de V1, persona adulta mayor y al omitir AR11 asentar en las correspondientes notas médicas, la atención brindada en la fecha descrita a V1, impidiendo a esta CNDH conocerla y valorarla, siendo lo anteriormente descrito, expresiones de edadismo por parte de AR2.

55. El 09 de marzo de 2021, V1 acudió a la UMF 19 donde fue valorado por AR1 quien lo diagnosticó con EPOC exacerbado, en ese sentido, con arreglo a la O.M. CNDH la mortalidad hospitalaria de los pacientes con exacerbaciones de EPOC varía entre un 4 a 30%, la cual depende de la gravedad de la misma, si el paciente tiene edad avanzada y a la presencia de comorbilidades, en este caso de V1 esos

[69] b. Los servicios y establecimientos de uso público deberán implementar medidas para facilitar el uso y/o acceso adecuado.

factores si existían, lo que condicionó a que V1 tuviera un mal pronóstico de la enfermedad pulmonar crónica que padecía desde su ingreso al HGZ 1-A, lo anterior al cursar con una agudización grave[70].

56. En la atención médica brindada a V1 en el HGZ 1, se advierte que AR2, AR3, AR4 y AR5 hasta el día 11 de marzo de 2021, identificaron datos de EPOC en V1, por lo que esta CNDH pudo acreditar que desestimaron la sintomatología de ese padecimiento, siendo necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades las cuales son frecuentes en pacientes que cursan con EPOC, por ello el protocolo de diagnóstico debe incluir exámenes complementarios a fin de detectar la coexistencia de arritmias auriculares, insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica como causa del cuadro clínico pulmonar; estudios que en el caso no fueron solicitados por AR2, AR3, AR4 y AR5 en el periodo comprendido del 09 al 12 de marzo, lo que derivó en un inadecuado diagnóstico y tratamiento y la muerte de V1.

57. Por las consideraciones expuestas esta CNDH acreditó que en la atención brindada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en la UMF19 y el HGZ 1, no se brindó un trato digno a V1 como persona adulta mayor, en la que se garantizara un trato preferencial en su acceso a los servicios de salud y en el que se brindara una especial protección a su salud, tomando en consideración las multimorbilidades que V1 padecía y que constituyeron factores de riesgo que derivaron en su muerte.

[70] Clasificación de la gravedad de exacerbación aguda de la EPOC según las guías OLD: Agudización grave. Se debe cumplir al menos 1 de los siguientes criterios: Disnea 3-4, Saturación de oxígeno menor a 90%, complicaciones (arritmias graves, insuficiencia cardiaca, etc.), entre otros.

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

58. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General No. 14, ha sostenido que en materia de salud el derecho de acceso a la información "comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud".[71]

59. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que "la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad".[72]

60. Así mismo, consideró que "[…] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico".[73]

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

---

[71] Observación General No. 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. 2000. Párrafo 12. Inciso b), IV).
[72] CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.
[73] Ibidem, p. 27

D1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6

62. El 09 de marzo de 2021, V1 acudió a la UMF 19 siendo atendido por AR1 quien de acuerdo con el testimonio de QVI1 los dejó al final, sin tomarse la molestia de revisar a V1, sino únicamente extendiéndole una receta. Es importante señalar que esta CNDH tiene elementos para afirmar que dicha atención se brindó por AR1 al existir Referencia-Contrarreferencia de fecha 09 de marzo de 2021 firmada por AR1, sin que dicha médica hubiera asentado la atención brindada a V1 en esa ocasión, toda vez que en el expediente clínico de V1 no obra ninguna constancia de ésta.

63. El 09 de marzo de 2021, V1 acudió al HGZ 1 donde fue atendido por personal médico del servicio de Urgencias Adultos, sin que esta CNDH pudiera valorar la calidad de la atención médica brindada, ni el nombre o matrícula del personal médico que la atendió, debido a que la nota médica correspondiente es ilegible. Misma situación fue reiterada en la atención médica de la misma fecha a las 17:33 horas, en el servicio de Medicina Interna, respecto de la cual no fue posible saber los datos del personal médico responsable de dicha atención al estar incompletas las notas médicas correspondientes, debiendo señalar además, que en el expediente integrado no obra hoja de indicaciones médicas del día 09 de marzo de 2021 y la hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería del mismo día, de igual forma se encuentra incompleta, contándose únicamente con la parte frontal de dicho documento; derivado de lo anterior, no es posible conocer el tratamiento que se le brindó al agraviado a su ingreso al Área COVID del servicio de Medicina Interna, por lo que no fue posible pronunciarse integralmente sobre la atención que V1 recibió.

64. Respecto de la evolución de V1 durante el turno nocturno del 11 de marzo de 2021, el personal de enfermería le realizó toma de signos vitales en dos ocasiones, la primera a las 20:00 horas y la segunda a las 00:00 horas del día 12 de marzo de 2021, donde se registraron signos dentro de parámetros normales en las dos ocasiones, sin embargo, el correspondiente formato de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería se encuentra incompleto, ya que solo se cuenta con el lado anverso, por lo que no fue posible conocer si se reportaron eventualidades en su estado de salud durante el turno nocturno, siendo información fundamental al ser el periodo de tiempo en el que ocurrió el fallecimiento de V1.

65. Aunado a lo anterior, esta CNDH pudo documentar que en el expediente clínico de V1 existen notas médicas contienen nombre incompleto de quien las elaboró[74] y contienen abreviaturas[75] Las anteriores consideraciones son omisiones que trascienden al acceso a la información de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 sobre la calidad de la atención médica brindada a V1 en la UMF 19 y en el HGZ 1, respecto de la cual AR1, médica adscrita a la UMF 19, así como el personal médico y directivo del HGZ 1[76], son responsables en los términos descritos en esta Recomendación; dichas omisiones son contrarias a los numerales 5.10 y 5.11 de la NOM-004-SSA3-2012[77], y si bien no trascendieron directamente a la salud de V1, si constituyen una

[74] Notas médicas de fechas 10, 11 y 12 de marzo de 2021.
[75] Notas médicas de fechas 9, 10, 11 y 12 de marzo de 2021.
[76] NOM-004-SSA3-2012 …
5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
[77] ***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. **5.11** Las notas en el expediente deberán

mala práctica que limita a las víctimas conocer la verdad de los hechos y a esta CNDH, valorar de forma integrar la atención brindada a las víctimas, para acreditar o deslindar la información.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

66. Esta CNDH acreditó que la actuación del personal AR1, médica adscrita a la UMF19 y AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico adscrito al HGZ 1, en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de V1, QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, y con ello no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público al no garantizar, de conformidad con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud y vida, así como al trato digno de V1 y de acceso a la información en materia de salud de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

67. En este caso se pudo documentar que AR1 vulnero el derecho de atención preferente de V1, así como la NOM-004-SSA3-2012 al no asentar la atención médica brindada a V1 en la UMF 19, el 09 de marzo de 2021. AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico del HGZ 1, identificaron datos de EPOC en V1 como enfermedad pulmonar base diagnosticada desde el año 2018 pero desestimaron que se debía realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, entre las que se encuentran las patologías cardiovasculares las cuales son frecuentes en

expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

pacientes que cursan con EPOC, en ese sentido, ese personal médico debió solicitar exámenes complementarios a fin de detectar la coexistencia de arritmias auriculares, insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica como causa del cuadro clínico pulmonar, por ello, omitieron brindar un tratamiento adecuado, de acuerdo con sus multimorbilidades lo que exacerbó su condición de salud y generó mayores riesgos de mortalidad para V1

68. Finalmente AR6 brindó una atención médica inadecuada a V1, al no haber efectuado la visita médica durante su turno, ni haber llevado a cabo una adecuada vigilancia de la evolución y de su estado de salud, pese a que éste ameritaba seguimiento estrecho al considerarse un paciente grave; dichas omisiones favorecieron que el cuadro de choque cardiogénico que presentó, no se identificara y tratara de manera oportuna, lo que contribuyó al deterioro en su estado de salud y su posterior fallecimiento.

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

70. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6 fracción III, 71 párrafo segundo, y 72 párrafo segundo de la Ley de la CNDH, se tienen evidencias suficientes sobre actos y omisiones que pudieran ser constitutivos de responsabilidad administrativa, para solicitar al IMSS que colaborare ampliamente con esta CNDH en la vista administrativa que con motivo de los hechos presentó al

titular del Órgano Interno de Control Especifico en ese Instituto, en fecha 24 de enero de 2024, que permita individualizar la responsabilidad de AR1, médica adscrita a la UMF19 y AR2 a AR6, personal médico adscrito al HGZ 1, y en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

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

72. Estas obligaciones generales y específicas no solo rigen a los servidores públicos en su actuación pública, sino también a las Instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus servidores públicos.

73. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

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

75. En el presente caso, el IMSS es responsable por no garantizar el disfrute de los derechos de accesibilidad y de trato preferencial de las personas adultas mayores que buscan acceder a los servicios de salud en la UMF 19 y el HGZ 1; asimismo, en el caso AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 desestimaron los multimorbilidades de V1 como persona adulta mayor y con ello, omitieron brindar un diagnóstico y tratamiento adecuados al EPOC que V1 cursó; en ese sentido, esta CNDH pudo acreditar que el trato brindado a V1 por parte del personal referido, fue desprovisto de toda perspectiva de la persona adulta mayor y por tanto, muestra de la discriminación institucionalizada hacia este sector especialmente vulnerable de la población, consecuentemente, eso permite probar que ese Instituto ha incumplido en sus obligaciones generales de promoción, prevención, protección y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

76. Además, se pudieron advertir deficiencias relacionadas al acceso a la información en materia de salud de V1, en los términos descritos en la observación de vulneración del derecho de acceso a la información de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6. Está CNDH ha identificado prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico[78], mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación

[78]CNDH, Recomendación General 29, Óp. Cit., párr. 40.

del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud[79].

77. Por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no vigilar y supervisar que su personal médico garantice el acceso a los servicios de salud a las personas adultas mayores, así como que la atención que se proporcione sea correspondiente a un trato digno, adecuado y con calidez.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

[79] Ibidem, párr. 42.

79. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, II y IV, 7 fracciones I, II, III, VI, VII, XIX y XXIII; 26, 27 fracciones II, III, IV y V; 62 fracción I; 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VIII; 75 fracción IV; 88 fracciones II, XXIII y XXVII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I y párrafo segundo; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Victimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud y a la vida por inadecuada atención médica, al trato digno, al acceso a la información en materia de salud, este Organismo Nacional le reconoce a V1, QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 su calidad de víctimas por los hechos que originaron la presente recomendación por lo que, con la colaboración institucional del IMSS, deberán ser inscritos en el RENAVI a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Autónomo remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

***i)* Medidas de rehabilitación**

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

82. Por ello el IMSS, deberá proporcionar a QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 la atención psicológica y tanatológica que requiera. La atención señalada deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, en caso de ser necesario, hasta obtener el más alto beneficio posible.

83. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 con información previa, clara, suficiente, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

***ii*) Medidas de compensación**

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

85. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente y conforme

a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimento al punto recomendatorio primero.

***iii*) Medidas de satisfacción**

86. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, con arreglo a lo dispuesto por los artículos 26, 27, fracción IV y 73, fracción V y VI de la Ley General de Víctimas, se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a Derechos Humanos.

87. Por lo anterior, dado que AR1, médica adscrita a la UMF19 y AR2 a AR6, personal médico adscrito al HGZ 1, incumplieron con sus obligaciones, el IMSS colaborará ampliamente en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentó ante el titular del Órgano Interno de Control Especifico en ese Instituto, en fecha 24 de enero de 2024, en contra de esas personas autoridades responsables, que permita individualizar la responsabilidad de cada una de ellas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

***iv*) Medidas de no repetición**

88. De conformidad con lo establecido en los artículos 27 fracción V, 74 fracciones VIII, IX y XI, así como 75 fracción IV de la Ley General de Víctimas estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención,

mediante la adopción de medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

89. El IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de 6 meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de capacitación dirigido al personal directivo, así como personal médico adscrito al servicio de Medicina familiar de la UMF 19 y de Medicina Interna en el HGZ1, en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activas laboralmente y que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud y vida de personas adultas mayores, b) perspectiva de la persona adulta mayor en el acceso a los servicios de salud, c) Conocimiento, manejo y observancia de la Guía IMSS-465-11, la NOM-034-SSA2-2002, la NOM-004-SSA3-2012, el Procedimiento de Hospitalización y el Reglamento de Salud, enfocado especialmente en métodos de identificación de riesgos de salud en personas adultas mayores, d) El análisis de las observaciones de esta Recomendación; este curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano, lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

90. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias.

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

sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

92. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted señor Director General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que emita el dictamen correspondiente y conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño a QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionará a QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 la atención psicológica y tanatológica que requiera, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, en caso de requerirlos, hasta obtener el más alto

beneficio posible; deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QVI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6 con información previa, clara, suficiente, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla, Hecho lo anterior, remita a este Organismo Nacional las constancias con las que acredite su cumplimiento.

TERCERA. Deberá colaborar ampliamente en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentó ante el titular del Órgano Interno de Control Especifico en ese Instituto, en fecha 24 de enero de 2024, en contra de AR1, médica adscrita a la UMF19 y AR2 a AR6, personal médico adscrito al HGZ 1, que permita individualizar la responsabilidad de cada una de ellas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Órgano Interno de Control Especifico de ese Instituto; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. En un plazo de 6 meses, después de la aceptación de esta Recomendación, deberá diseñar e impartir un curso de capacitación dirigido al personal directivo, así como personal médico adscrito al servicio de Medicina familiar de la UMF 19 y de Medicina Interna en el HGZ1, en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activas laboralmente y que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud y vida de personas adultas mayores, b) perspectiva de la persona adulta mayor en el acceso a los servicios de salud, c) Conocimiento, manejo y observancia de la Guía IMSS-

465-11, la NOM-034-SSA2-2002, la NOM-004-SSA3-2012, el Procedimiento de Hospitalización y el Reglamento Salud, enfocado especialmente en métodos de identificación de riesgos de salud en personas adultas mayores, d) El análisis de las observaciones de esta Recomendación, en los términos señalados en los párrafos 89 y 90; hecho lo cual, enviará a esta Comisión Nacional las evidencias que acrediten su cumplimiento.

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

93. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102 apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1° párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

95. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se

envíen a este Organismo Autónomo, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

96. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102 Apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello esta CNDH solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP