

RECOMENDACIÓN No. 191 /2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V PERSONA ADULTA MAYOR; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, QVI Y VI, POR PERSONAL MÉDICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN AGUASCALIENTES.

Ciudad de México, a 23 de agosto de 2024

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 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, 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/2023/8974/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona número 3 en Aguascalientes, del 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 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 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, 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. 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 de las personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

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

4. En la presente Recomendación, las referencias a diversas instituciones e instrumentos legales se harán con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales se identificarán de la siguiente manera:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Organismo Nacional/ Comisión Nacional/CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	HGZ-3
Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SU del HGZ-3
Servicio de Nefrología del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SN del HGZ-3
Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SMI del HGZ-3
Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SCG del HGZ-3
Servicio de Nefrología-Hemodiálisis del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SN-H del HGZ-3
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Aguascalientes	SACV del HGZ-3
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del expediente clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2016, Para la Práctica de Hemodiálisis	NOM-Hemodiálisis
Guía de Práctica Clínica de Valoración Preoperatoria en Cirugía no cardíaca en el adulto	GPC de Valoración Preoperatoria
Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica GPC-IMSS-335-19	GPC-IMSS-335-19
Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención IMSS-727-14	GPC-IMSS-727-14
Guía de Práctica Clínica para las Intervenciones de Enfermería en Hemodiálisis al Paciente Adulto en el Tercer Nivel de Atención .ISSSTE-364-16	GPC-ISSSTE-364-16 ¹

¹ Si bien el número de esta Guía de Práctica Clínica cuenta con las siglas del ISSSTE, es de mencionar que, al pertenecer al catálogo maestro de guías de práctica clínica < <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>>, son un referente nacional homologado; es decir, no excluye o pertenece de manera exclusiva a una institución en específico.

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Accesos Vasculares en Hemodiálisis en Adultos con Insuficiencia Renal Crónica en Segundo y Tercer Nivel de Atención ISSSTE-680-13	GPC- ISSSTE-680-13 ²

I. HECHOS

5. El 31 de mayo de 2023, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional, en la cual señaló que, a V se le diagnosticó insuficiencia renal crónica³ por parte del SN del HGZ-3, por lo que inició el tratamiento correspondiente en 2019; el 1 de diciembre de 2022, a V se le colocó catéter femoral⁴ derecho para iniciar tratamiento sustitutivo renal consistente en hemodiálisis; sin embargo, el 25 de diciembre de 2022, V ingresó al SU del HGZ-3 por una embolia⁵ y trombosis⁶ de arterias de los miembros inferiores; para el 14 de mayo de 2023, se realizó cambio de catéter en el referido hospital y durante ese procedimiento V tuvo que ser trasladada al área de choque del SU del HGZ-3 por problemas respiratorios, donde falleció el 15 de mayo de 2023.

² Ibidem.

³ Pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando fallan los riñones, esos desechos se acumulan.

⁴ Es un tipo de acceso vascular (venas o arterias) de los más utilizados en hemodiálisis. La colocación de un catéter femoral para hemodiálisis está indicada cuando la necesidad del tratamiento es urgente y temporal.

⁵ Coágulo que causa una interrupción repentina del flujo sanguíneo a un órgano o parte del cuerpo.

⁶ Coágulo de sangre que se forma en una vena de la pierna e interrumpe el flujo normal de sangre hacia el corazón.

6. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2023/8974/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. El 31 de mayo de 2023, QVI presentó queja ante esta Comisión Nacional, donde manifestó sobre la inadecuada atención médica que recibió V por personal médico del HGZ-3.

8. Correo electrónico de 11 de agosto de 2023, mediante el cual PSP1 personal adscrito a la Coordinación de Programas del IMSS, en la cual adjuntó la siguiente documentación:

8.1. Notas Médicas y Prescripción, Nota de Atención Médica de 5 de septiembre de 2019 a las 12:50 horas, elaborada por PSP2 personal médico adscrito al SMI del HGZ-3.

8.2. Notas Médicas y Prescripción, Nota de Atención Médica de 21 de abril de 2022 a las 9:12 horas, elaborada por AR1 personal médico adscrito al SN del HGZ-3, en la cual indicó envió a V a tercer nivel de atención para que se le realizará fístula arteriovenosa⁷.

⁷ La HD (hemodiálisis) requiere de un acceso vascular para su realización, siendo la fístula arteriovenosa nativa (FAV) de preferencia al catéter venoso, según guías nacionales e

8.3. Notas Médicas y Prescripción, Nota de Atención Médica de 25 de noviembre de 2022 a las 8:11 horas, elaborada por AR1 quien reportó a V con empeoramiento de la función renal, por lo que requeriría iniciar con tratamiento dialítico e indicó su ingreso hospitalario y solicitó estudios urgentes.

8.4. Notas Médicas y Prescripción, Nota de valoración de cirugía general de 29 de noviembre de 2022 a las 10:28 horas, elaborada por PSP3 personal médico del SCG del HGZ-3, quien señaló como motivo de la interconsulta, la colocación a V de catéter Tenckhoff⁸ e indicó que no era candidata para ese procedimiento.

8.5. Notas Médicas y Prescripción, Nota de valoración de cirugía general de 29 de noviembre de 2022 a las 10:43 horas, elaborada por AR1.

8.6. Nota de egreso de 2 de diciembre de 2022 a las 12:38 horas, elaborada por AR1 en la cual asentó los antecedentes quirúrgicos y patológicos de V, su padecimiento, así como la fecha del procedimiento de la colocación de catéter femoral derecho.

8.7. Triage, Nota Médica inicial de Urgencias de 25 de diciembre de 2022 a las 12:29 horas, elaborada por PSP5 personal médico del SU del HGZ-3, quien estableció el diagnóstico de V con embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores.

internacionales. La utilización del catéter venoso central (CVC) frente a la FAV está asociada a un aumento de la morbilidad por su alto riesgo de complicaciones infecciosas y trombóticas.

⁸ Sonda delgada y flexible que se coloca en la parte inferior del abdomen (vientre) con la finalidad de llevar a cabo la diálisis peritoneal.

8.8. Nota de evolución de 25 de diciembre de 2022 a las 23:43 horas, en la cual AR2 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, realizó exploración física de V e integró el diagnóstico de “Trombosis venosa profunda y superficial de miembro pélvico derecho en segmento”, e indicó su envío a hemodiálisis.

8.9. Nota Médica, Nefrología-Hemodiálisis de 26 de diciembre de 2022 a las 2:57 horas, en la que AR3 personal médico adscrito al SN-H del HGZ-3, señaló el motivo por el cual no se pudo llevar a cabo la sesión de hemodiálisis de V.

8.10. Nota médica de 27 de diciembre de 2022 a las 15:40 horas, a través de la cual PSP6 personal médico adscrito al SACV del HGZ-3, estableció diagnósticos de V, así como los estudios de laboratorio e imagenología realizados, e indicó que la trombosis venosa superficial y profunda era condicionada por el catéter de hemodiálisis que le fue colocado.

8.11. Nota médica de colocación de catéter Mahurkar⁹ de 28 de diciembre de 2022 a las 12:01 horas, en la cual AR4 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, plasmó el procedimiento y técnica para la colocación referida; sin embargo, la suspendió y realizó interconsulta al SACV del HGZ-3.

8.12. Notas Médicas y Prescripción, Nota médica de procedimiento de 29 de diciembre de 2022 a las 12:05 horas, en la que AR5 personal médico adscrito al SN del HGZ-3, realizó colocación de catéter femoral de alto flujo a V en pierna izquierda y solicitó radiografía de control.

⁹ Dispositivo con forma de tubo que se coloca en el cuello, pecho o en la parte superior de la pierna, con el objetivo de permitir el acceso al sistema venoso. Este catéter es temporal. Se puede usar para la diálisis mientras se espera a que la fístula o el injerto sanen.

8.13. Nota de egreso de 30 de diciembre de 2022 a las 9:35 horas, elaborada por AR5 personal médico del SN del HGZ-3, en la cual asentó los antecedentes clínicos y patológicos de V, su padecimiento, estableció diagnóstico, tratamiento y dio de alta a V de ese Servicio.

8.14. Triage, Nota Médica Inicial de urgencias de 9 de mayo de 2023 a las 15:40 horas, en la cual AR6 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, señaló la exploración física realizada a V, estableció los diagnósticos e indicó el tratamiento a seguir.

8.15. Nota de egreso de 10 de mayo de 2023 a las 9:18 horas, en la que AR7 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, señaló antecedentes clínicos de V, atención médica brindada, estudios de laboratorio e imagenología realizados e indicaciones para seguimiento de tratamiento por parte de valoración del SACV del HGZ-3.

8.16. Notas Médicas y Prescripción, Nota de atención médica de 11 de mayo de 2023 a las 21:16 horas, en la que AR3 plasmó resumen clínico de la atención médica brindada a V por parte del SN-H del HGZ-3, exploración física, indicaciones, estableció diagnóstico principal de "...insuficiencia renal crónica, no especificada..." y solicitó valoración urgente por nefrología para recambio de catéter Mahurkar colocado a V.

8.17. Notas Médicas y Prescripción, Nota de atención médica de 15 de mayo de 2023 a las 1:40 horas, en la que AR3 plasmó resumen clínico de la atención médica brindada a V respecto al recambio de catéter.

8.18. Nota de egreso de 15 de mayo de 2023 a las 13:31 horas, elaborada

por PSP7 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, en la cual se indicó que el motivo del egreso de V fue por defunción.

9. Oficio 010103/200200/2023/135 de 11 de agosto de 2023, suscrito por PSP4 mediante el cual, rindió su informé con relación a los hechos que motivaron la apertura del expediente de queja.

10. Correo electrónico de 19 de enero de 2024, mediante el cual PSP1 remitió a este Organismo Nacional, el acuerdo de 10 de noviembre de 2023, emitido por la Comisión Bipartita, en el cual se determinó que la QM interpuesta por VI fue improcedente desde el punto de vista médico, sin lugar al pago de indemnización por no existir responsabilidad civil.

11. Certificado de defunción de V, elaborado por PSP7 el 15 de mayo de 2023, en el que se estableció que las causas de la defunción de V fueron: “choque séptico, enfermedad renal crónica etapa 5, diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones múltiples”.

12. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 17 de abril de 2024, emitida por personal de esta Comisión Nacional, quien concluyó como inadecuada la atención médica proporcionada a V en el HGZ-3 durante el 2022 y 2023.

13. Acta circunstanciada de 7 de mayo de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional, hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien indicó no haber presentado denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra del personal del IMSS, ni denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto; además de manifestar que, no se inconformó o presentó recurso alguno en contra de la determinación de la QM.

14. Acta circunstanciada de 6 de junio de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional, hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien proporcionó sus datos actualizados a efecto de ser localizada.

15. Acta circunstanciada de 26 de junio de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional, hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien proporcionó los datos de VI e indicó que éste, está tomando terapia psicológica por el fallecimiento de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. Esta Comisión Nacional, contó con la evidencia de que los hechos fueron analizados por la Comisión Bipartita a través de la QM, la cual se resolvió mediante acuerdo de 10 de noviembre de 2023, como improcedente desde el punto de vista médico, sin lugar al pago de indemnización por no existir responsabilidad civil, sin que se cuente con evidencia de que esta haya sido recurrida por QVI o VI.

17. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se contó con evidencia de que se haya iniciado alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial o procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control Específico del IMSS, con motivo de los hechos narrados por QVI, como consecuencia de la inadecuada atención médica brindada a V por personal médico del HGZ-3.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente

CNDH/PRESI/2023/8974/Q, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la CNDH, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la CrIDH como de la SCJN, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, QVI y VI, por los actos y omisiones atribuibles en el HGZ-3 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 que contribuyeron al deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento, como se analizará más adelante.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel;¹⁰ y, el artículo 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud.

20. Los Principios de París prevén expresamente las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, entre las que se encuentra el que tengan el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violación

¹⁰ CNDH. Recomendaciones 92/2022, párr. 18; 28/2021, párr. 32; 5/2021, párr. 21; 52/2020, párr. 42; CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

a los derechos humanos y poder emitir dictámenes, recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo “formular recomendaciones a las autoridades competentes”.¹¹

21. Por otra parte, la Constitución de la OMS¹² afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

21.1. Disponibilidad: Establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

21.2. Accesibilidad: Garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

21.3. Aceptabilidad: Lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

¹¹ Apartado D “Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasi jurisdiccional”

¹² Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados parte, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

21.4. Calidad: Que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

22. 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 en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"

23. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

24. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, definió este, como:

(...) 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. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).¹³

25. En el artículo 10.1, así como en los incisos a) y d) del numeral 10.2, del

¹³ "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", aprobada por la Asamblea General de la ONU.

“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.

26. La CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”¹⁴ estableció que:

“(…) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (…)”.

27. Este Organismo Nacional emitió la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”¹⁵, en la que aseveró que: “(…) el desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (…) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.¹⁶

28. En el presente asunto, debe considerarse el Objetivo tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, consistente en “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.*”

29. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el HGZ-3.

¹⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

¹⁵ El 23 de abril del 2009

¹⁶ CNDH, apartado III. Observaciones, cuarto párrafo.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGZ-3

30. El presente asunto se trata de V mujer adulta mayor, con antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones múltiples, hipertensión arterial, a quien el 5 de septiembre de 2019 a las 12:50 horas, posterior a la valoración médica y práctica de estudios de laboratorio que realizó PSP2 personal médico adscrito al SMI del HGZ-3, la diagnosticó como portadora de enfermedad renal crónica grado 3, por lo que indicó medicamento orientado a tratar sus padecimientos.

31. Posteriormente, el 21 de abril de 2022 a las 9:20 horas, V acudió a consulta externa del SN del HGZ-3, donde AR1 personal médico adscrito a dicho servicio, la valoró e indicó que cursaba con hipertensión, así como saturación de oxígeno del 90 por ciento; es decir, por debajo de los valores de referencia que son del 92 al 100 por ciento; los resultados de los estudios de control practicados a V el 12 de abril de 2022, arrojaron que su padecimiento renal se agravó, por lo que AR1 estableció el diagnóstico de insuficiencia renal terminal.

32. En la Opinión Médica mencionada, se indicó que, conforme a lo señalado en el párrafo anterior, lo conducente era iniciar el tratamiento sustitutivo de la función renal de V, mismo que no podía ser mediante diálisis peritoneal debido a que su abdomen no era apto por las múltiples cirugías que le fueron practicadas anteriormente (tres cesáreas, laparoscopia y colecistectomía), por lo cual AR1 indicó a V la realización de fistula arteriovenosa, también solicitó al SMI del HGZ-3 valoración preoperatoria; también, se indicó que no se contó dentro del expediente

clínico, con notas posteriores a la valoración prequirúrgica realizada a V el 21 de agosto de 2022, por lo que no se pudo establecer si existieron o no atenciones médicas relacionadas con su padecimiento renal, con lo cual se incumplió con la NOM-Del expediente clínico en su numeral 5.10.

33. Posteriormente, el 25 de noviembre de 2022 a las 08:12 horas, V acudió en compañía de sus familiares al SN del HGZ-3, lugar en el cual fue atendida por AR1, quien señaló que presentó “...EMPEORAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL...” e indicó se hospitalizara para el inicio de la terapia de reemplazo, y solicitó estudios urgentes.

34. El 29 de noviembre de 2022 a las 10:28 horas, V fue valorada por PSP3 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía del HGZ-3, para la colocación del catéter Tenckhoff, donde señaló que, debido al historial de múltiples antecedentes quirúrgicos abdominales, no era candidata para la realización de ese procedimiento, lo cual en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se señaló que fue acorde a lo señalado en la GPC-IMSS-727-14; para las 10:43 horas, V fue valorada por AR1, quien la refirió con signos vitales dentro de los rangos considerados como adecuados y se destacó dentro de esa valoración, los resultados del estudio bioquímico de 28 de noviembre de 2022, donde se documentó una anemia leve, hiperglucemia y enfermedad renal crónica, así como acidosis metabólica y agregó: *"sin datos síndrome urémico"*.

35. De igual manera se advirtió en la Opinión Médica de esta CNDH, a pesar de que AR1 refirió el síndrome urémico¹⁷, se procedió a la colocación del catéter femoral

¹⁷ Complicación grave de la enfermedad renal crónica y la lesión renal aguda (que solía conocerse como insuficiencia renal aguda). Ocurre cuando la urea y otros productos de desecho se acumulan

derecho tipo “Mahurkar”, el cual está contemplado como medida terapéutica en casos de urgencias, situación no justificada en el presente caso, motivo por el cual AR1 omitió realizar la referencia y contrarreferencia para que se le efectuara el acceso vascular que permitiera reducir las complicaciones ante el tratamiento de hemodiálisis e incumplió con lo establecido en los artículos 32, 33 y 51 de la LGS, artículo 9 del RLGS, artículo 94 del RPM, así como en la GPC- ISSSTE-680-13.

36. En la nota de egreso de 2 de diciembre de 2022, AR1 señaló que el día anterior, se colocó a V acceso central venoso “Mahurkar femoral derecho”, por lo cual ingresó ese mismo día a sesión de hemodiálisis y se reportó sin eventualidades, se le incluyó en el programa correspondiente para continuar con las sesiones referidas y se decidió su alta; en la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que AR1 estableció como diagnósticos de egreso de V enfermedad renal crónica bajo tratamiento farmacológico para diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo.

37. Por lo anterior, en la Opinión Médica de este Organismo Autónomo, se señaló que V era portadora de enfermedad renal crónica, misma que fue una complicación directa de la diabetes mellitus tipo II que padecía y que presentó un deterioro progresivo, a pesar del tratamiento farmacológico suministrado, por lo que fue candidata a la terapia de sustitución de la función renal, misma que, al no contar con un “abdomen óptimo”, se decidió desde el 2022 por la colocación de la Fístula Arteriovenosa, de la cual el IMSS señaló que “...*No tiene evidencia de protocolo para fístula arteriovenosa...*”.

en el organismo porque los riñones no pueden eliminarlos. Estas sustancias pueden volverse venenosas (tóxicas) para el organismo si alcanzan niveles altos.

38. Por otro lado, en la Opinión Médica emitida por esta CNDH, se señaló que el IMSS no proporcionó las notas médicas de atención correspondiente a la sesión de hemodiálisis de V, tanto de la sesión del 1 de diciembre de 2022, como las subsecuentes a pesar de que solicitaron por parte de este Organismo Nacional, con la cual incumplió con lo establecido NOM-Hemodiálisis y la NOM-Del expediente clínico.

39. Posteriormente, el 25 de diciembre de 2022 a las 12:50 horas, V acudió al SU del HGZ-3, debido a que presentó dolor de cabeza e inflamación de la pierna derecha, por lo que fue atendida por PSP5 personal médico adscrito a dicho Servicio, quien señaló que cursaba con tensión arterial baja y el resto de los signos vitales dentro de los límites adecuados, por lo que estableció los diagnósticos de embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores y enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, e indicó su ingreso al Servicio de Observación, así como la administración de medicamentos, ultrasonido de miembro inferior y realización de hemodiálisis; por otro lado, a las 23:43 horas, AR2 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, quien valoró a V, señaló una mejoría en la tensión arterial con relación a la documentada a su ingreso al SU del HGZ-3, y a la inspección indicó que V presentó inflamación de la pierna derecha y fiebre, además de que el ultrasonido realizado indicó datos imagenológicos relacionados con trombosis venosa profunda y superficial de ese miembro pélvico, y al ser V una paciente portadora de enfermedad renal crónica, consideró el envío para la sesión de hemodiálisis.

40. Conforme a lo señalado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, si bien se documentó la trombosis, la cual tenía un manejo con medicamento, aun no se había determinado el origen del padecimiento, por lo que AR2 omitió solicitar la

interconsulta al SACV del HGZ-3 y, al determinar que V era paciente portadora de enfermedad renal crónica, referirla al SN del HGZ-3 para el manejo multidisciplinario, con lo cual AR2 incumplió con lo establecido en el artículo 7 del RPM.

41. El 26 de diciembre de 2022 a las 2:57 horas, AR3 personal médico adscrito al SN-H del HGZ-3, ingresó a V a la sesión de hemodiálisis donde se determinó que, el catéter que se le colocó en la pierna derecha se encontraba disfuncional, por lo que no se llevó a cabo ésta y debido al padecimiento trombótico, AR3 señaló que V era candidata para el retiro del catéter “Mahurkar” y suministró tratamiento con anticoagulantes por vía oral prolongada, además indicó que V requeriría una angiotomografía¹⁸ de miembros superiores e inferiores con posterior valoración del SACV del HGZ-3 para que se pudiera determinar el sitio de colocación del catéter vascular temporal y/o tunelizado, así como acceso definitivo mediante fístula arteriovenosa.

42. De conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se mencionó que, por medio de esta valoración, quedó comprobado que el manejo otorgado a V el 1 de diciembre de 2022, para tratar la enfermedad renal crónica con la colocación del catéter Mahurkar, no fue el indicado ya que 24 días posteriores a ese procedimiento, presentó trombosis de miembro inferior derecho, lugar en el que se encontraba ese catéter.

43. El 26 de diciembre de 2022, PSP6 valoró a V, quien continuó bajo

¹⁸ Estudio que combina una tomografía computarizada con la inyección de una tinta de contraste.

observación, vigilancia y tratamiento en el SU del HGZ-3, y señaló que aumentó el volumen de la inflamación de la pierna derecha (edema), por lo que estableció los diagnósticos de trombosis venosa profunda y superficial de miembro pélvico derecho, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II, e indicó que la afección vascular de la cual era portadora V, se derivó del catéter, por lo que recomendó continuar con el tratamiento de anticoagulación y señaló que requería manejo por parte del SMI del HGZ-3, así como del SN del HGZ-3 para la valoración del recambio del catéter, conducta médica apegada a lo establecido en los artículos 32 de la LGS, artículo 9 del RLGS y artículo 7 del RPM.

44. El 28 de diciembre de 2022 a las 14:27 horas, AR4 intentó colocar a V catéter “Mahurkar” en la pierna izquierda, procedimiento que se realizó previa firma del consentimiento informado, bajo técnica aséptica y guiado por ecografía en región femoral, donde se introdujo la guía metálica, pero se obtuvo resistencia, por lo cual se suspendió y se realizó interconsulta al SACV del HGZ-3.

45. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se señaló que, si bien es cierto que la colocación del acceso vascular puede ser realizado por personal médico diferente al Servicio de Nefrología que conozca la técnica, también lo es que en ese momento V no cursaba con datos clínicos para otorgar la terapéutica dialítica de manera urgente, por lo cual ese procedimiento se pudo haber diferido para que personal médico adscrito al SACV del HGZ-3 lo realizara, mismo que, ante los antecedentes de V, no era el idóneo, por lo que AR4 incumplió con los establecido en los artículos 32, 33 y 51 de la LGS, 9 del RLGS, así como en lo señalado dentro de la literatura médica especializada de Accesos Vasculares Percutáneos Catéteres.

46. El 29 de diciembre de 2022 a las 12:05 horas, V ingresó al SN del HGZ-3 donde fue atendida por AR5 personal médico adscrito a dicho Servicio, quien realizó la colocación, en la región femoral izquierda, del catéter de hemodiálisis de alto flujo "Smart", previa firma de consentimiento informado y posterior a ese procedimiento, indicó el pase a la sesión de hemodiálisis para el siguiente día a las 2:00 horas, señaló que en caso de disfunción del catéter, se procediera a la realización angiogramografía, con la finalidad de verificar el sitio de obstrucción.

47. El 30 de diciembre de 2022, AR5 señaló en la nota de egreso que V ingresó a sesión de hemodiálisis la cual *"...se realizó con adecuados flujos y sin incidencias..."*, quien la reportó estable y sin urgencia dialítica, por lo cual decidió su alta bajo tratamiento orientado a la trombosis venosa profunda, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica.

48. De igual manera, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se señaló que AR5 omitió solicitar para V, estudios de control para determinar si existía o no la remisión del proceso trombótico; es decir, otorgar una evaluación médica integral, y de la misma forma, no consideró ante ese antecedente, solicitar el cambio de acceso venoso para la realización de la fistula arteriovenosa, con el objetivo de disminuir las posibles complicaciones del catéter "Mahurkar", por lo que incumplió con lo establecido en los artículos 32, 33 y 51 de la LGS, 9 del RLGs, así como con lo señalado en la literatura médica especializada de Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres, omisión que repercutirá de manera directa con el adecuado estado de salud de V.

49. Posteriormente, el 9 de mayo de 2023 a las 15:40 horas, V acudió al SU del HGZ-3, ya que presentó inflamación de pierna izquierda con un día de evolución,

por lo que fue atendida por AR6 personal médico adscrito a dicho Servicio, quien posterior a su valoración la refirió con tensión arterial baja y señaló que inició el día anterior con edema de miembro pélvico izquierdo mientras se encontraba en la sesión de hemodiálisis, la cual “...se suspendió dicho procedimiento en dos ocasiones por presencia de trombosis de las máquinas...”, a la exploración de las extremidades inferiores señaló la pierna izquierda con aumento de volumen, presencia de catéter “Mahurkar” y sin datos de infección o sangrado, por lo que estableció el diagnóstico de probable trombosis de miembro pélvico izquierdo e ingresó a V a observación, solicitó radiografía a esa extremidad e interconsulta al SACV del HGZ-3.

50. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que AR6 omitió solicitar interconsulta al SN del HGZ-3 como parte integral de la atención de V, de la misma forma señaló que el pronóstico era “...EXCENTE PARA LA VIDA...”, lo cual resulta incongruente, ya que debido al conjunto de padecimientos del cual era portadora V, así como de la probable trombosis que cursaba, comprometían de manera importante su vida, por lo tanto la determinación otorgada AR6 incumplió con lo establecido en los artículos 51 de la LGS, 9 RLGS, 7 del RPM, así como con la NOM-Del expediente clínico en su numeral 6.2.

51. El 10 de mayo de 2023 a las 9:18 horas, AR7 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, otorgó el egreso a V debido a que se descartó proceso trombótico mediante ultrasonido y con indicaciones de envío a consulta externa al SACV del HGZ-3 para seguimiento, evaluación por médico tratante y control de unidad de medicina familiar; sin embargo, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que en la nota de egreso se reportaron estudios paraclínicos de 8 de mayo de 2023; es decir, un día previo al internamiento y no los solicitados el día del

internamiento el 9 de ese mismo mes y año, de los cuales solo se agregó por parte del IMSS, el correspondiente a los tiempos de coagulación, mismos que se encontraban alterados, por lo que a V no se le realizaron estudios bioquímicos que pudieran identificar o descartar la presencia de alguna alteración, y solamente se basaron en resultados previos, a pesar de haberse solicitado nuevos estudios el día del internamiento.

52. De la misma forma, en la Opinión Médica referida, se señaló que, al ser V una paciente con diabetes mellitus tipo II con complicaciones, enfermedad renal crónica y antecedente de trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho secundario a catéter, AR7 omitió contar con las valoraciones por parte del SN del HGZ-3 y del SACV del HGZ-3, como parte de la completa y adecuada atención, por lo que incumplió con lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS, 9 RLGs y 7 del RPM.

53. El 11 de mayo de 2023 a las 21:16 horas, V acudió al SN-H del HGZ-3, donde la valoró AR3, quien señaló que V, hasta el momento de esa consulta, contó con sesiones agendadas de hemodiálisis los lunes y jueves, en el turno vespertino (18:30 horas); comentó el antecedente de internamiento del 9 de mayo de 2023, y señaló que fue egresada a su domicilio sin que se le resolviera la situación del catéter, por lo que AR3 insistió en que V era candidata para el recambio de catéter, señaló que V tenía cita pendiente en julio de 2023, en el SACV del HGZ-3 para continuar con el protocolo de colocación de fístula arteriovenosa, motivo por el cual AR3 solicitó a la coordinación del SMI del HGZ-3 agilizar ambos procesos, ya que no tenía otro acceso vascular en ese momento; además, solicitó el catéter para recambio.

54. El 14 de mayo de 2023 a las 20:30 horas, AR3 recibió a V para realizar el recambio ambulatorio del catéter “Mahurkar”, mismo que se llevó a cabo a las 21:30 horas en el área de procedimientos de la unidad de hemodiálisis del HGZ-3, previa firma de consentimiento informado, el cual se concluyó sin alteraciones, sin accidentes ni incidentes y se corroboró el flujo venoso en ambos lúmenes.

55. Conforme a lo señalado en Opinión Médica de este Organismo Nacional, es de resaltar que, a pesar de que V contaba con antecedente de la disfunción de catéter “Mahurkar”, tanto de la vena femoral derecha como de la izquierda, y ambos cursaron con la complicación de trombosis, AR3 insistió en otorgar V el manejo dialítico con una nueva recolocación del catéter femoral izquierdo, aun cuando no presentaba deterioro hemodinámico significativo que pudiera representar una urgencia para V, por lo cual AR3 omitió realizar referencia a la unidad médica que pudiera realizar el procedimiento del acceso arteriovenoso y con ello reducir las posibles alteraciones que se pudieran presentar en la paciente, por lo que incumplió con lo establecido en los artículos 7 y 94 del RPM.

56. En la Opinión Médica mencionada, se señaló que el 14 de mayo de 2023 a las 22:30 horas, posterior a que se le colocó a V el catéter por parte de AR3, se inició la sesión de hemodiálisis correspondiente de la cual no se proporcionaron por el IMSS, las notas relacionadas que permitieran conocer el estado de salud de V antes de ese procedimiento, tampoco se realizó una exploración física completa ni se consideró si se solicitaron, por el antecedente del internamiento previo del 9 de mayo de 2023, exámenes de laboratorio, con lo cual se hubiera podido otorgar a V una atención médica completa y adecuada, por lo cual AR3 incumplió con lo establecido en los numerales 6.1.1.4, 6.1 .1.7 y 6.3.1.5 de la NOM-Hemodiálisis.

57. De igual manera, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Autónomo, se señaló que AR3 asentó en la nota correspondiente, que se conectó el catéter a V de forma normal y se logró flujo de bomba; sin embargo, presentó coagulación del sistema, después de 10 minutos que inició la conexión y que, ese momento no se había aplicado heparina, por lo que se procedió al cambio de circuito y se reinició la sesión; sin embargo, V presentó dolor súbito en su pierna izquierda, así como mareo y náusea, se corroboró presión arterial, la cual estaba por debajo de los límites establecido (60/30 mmhg).

58. Por lo anterior, se puede determinar que AR3 omitió efectuar una adecuada intervención durante el procedimiento de hemodiálisis de V, debido a que no permeabilizó durante diez minutos el puerto con solución fisiológica y bicarbonato, ya que ella misma señaló que “...no se había aplicado heparina aún...”, con lo cual se incumplió con lo establecido por el numeral 6.1.1.4. de la NOM-Hemodiálisis.

59. Posteriormente, AR3 le administró a V solución salina, sin mejoría, por lo cual la aumentó al doble de cantidad (500 cc); sin embargo, no hubo tal mejoría, por lo que decidió cambiar el tipo de solución a “Hartmann (250 cc)” con lo cual, según AR3 presentó “...mejoría parcial de la presión arterial a 80/50 mmhg...”, lo cual en la Opinión Médica elaborada por esta CNDH, se señaló que, mientras se otorgaba el tratamiento para aumentar la presión arterial a V se continuó con la sesión de hemodiálisis, sin que antes se hubiera realizado la intervención de AR3 ante la complicación identificada al momento de la coagulación; es decir, se omitió comprobar el grado de coagulación del circuito, sustituir la parte del circuito coagulada, realizar y aplicar la heparinización, así como, ante la hipotensión secundaria, no se colocó a V en posición anatómica que permitiera corregirla; si bien, se inició con aporte de soluciones para revertirla, al no ser valorada de manera

adecuada, se tuvo que realizar en tres ocasiones, con lo cual se incumplió con lo establecido en la GPC-ISSSTE-364-16.

60. Aun a pesar de las omisiones señaladas en el párrafo anterior, AR3 continuó la sesión de hemodiálisis a V, misma que se suspendió ante la persistencia del dolor en la pierna izquierda, sintomatología a la cual se le agregó dolor en la región abdominal, por lo que se inició la aplicación de estimulante de la función cardíaca (norepinefrina) mediante el catéter “Mahurkar”, situación que elevó ligeramente la tensión arterial (101/52 mmhg); sin embargo, ante la imposibilidad de poder estabilizarla, AR3 solicitó el traslado de V al área de choque del SU del HGZ-3.

61. En la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se advirtió que, en el expediente otorgado por el IMSS no fueron aportadas las documentales de los registros de enfermería ni tampoco las notas de valoración médica posterior al ingreso de V al SU del HGZ-3 el 14 de mayo de 2023, por lo que se incumplió con lo establecido en el numeral 6.2 de la NOM-Del expediente clínico.

62. Por lo anterior, en la Opinión Médica referida, se señaló que solamente se proporcionó por parte del IMSS, la hoja de egreso de V, de 15 de mayo de 2023 a las 13:31 horas, elaborada por PSP7 personal médico adscrito al SU del HGZ-3, quien señaló los resultados de laboratorio practicados a V de los cuales no se especificó la fecha de la toma, ni se incorporaron al expediente proporcionado por el IMSS, y con los cuales se documentó una elevación de las células leucocitarias; es decir, V cursó un proceso infeccioso, anemia moderada, hiperglucemia y lesión renal.

63. De igual manera, dentro de la misma nota de egreso, PSP7 señaló que V presentó deterioro neurológico (sin detallar dentro de la nota las características del deterioro), por lo que en ese momento requirió oxígeno y medicamentos mediante catéter venoso central, el cual no se pudo colocar, y ante ello, PSP7 administró a V medicamento estimulante de la función cardíaca (aminas) por medio del catéter para hemodiálisis, sin que se obtuviera un resultado favorable (aumento de la tensión arterial), señalando que V tuvo progresión del deterioro en el estado hemodinámico y era necesaria la intubación orotraqueal.

64. Por lo anterior, y ante la persistencia del bajo nivel de oxígeno en la sangre y la disminución de la frecuencia cardíaca de V, se realizó la intubación orotraqueal de urgencia, ya que presentó paro cardíaco, por lo que se efectuaron maniobras de reanimación cardiopulmonar, acompañadas de la administración de tres dosis de adrenalina; sin embargo, no se obtuvo el retorno de la circulación espontánea, razón por la cual se declaró su defunción el 15 de mayo de 2023 a las 12:55 horas, con los diagnósticos de “...*choque séptico de origen a determinar, diabetes mellitus tipo II y enfermedad renal crónica estadio V en tratamiento de sustitución de la función renal en hemodiálisis...*”.

65. Conforme a lo señalado en Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, es de resaltar que V, al momento de su fallecimiento, contaba con un catéter “Mahurkar”, mismo que, a pesar de haberse documentado complicaciones relacionadas al mismo (disfunción tanto en femoral izquierda como en derecha y trombosis), en diferentes momentos de su atención, el personal médico tratante insistió en aplicar la sesiones de hemodiálisis con ese recurso, sin que existiera una urgencia médica que lo justificara.

66. También, desde el 21 abril de 2022, se indicó por parte de AR1 que a V se le debía de realizar la fistula arteriovenosa; sin embargo, esto no ocurrió, lo que provocó que se encontrara con altas posibilidades de cursar con más complicaciones, tal y como ocurrió con el proceso infeccioso (choque séptico), mismo que se encuentra identificado dentro de la literatura médica especializada de Accesos Vasculares Percutáneos Catéteres, como de alta morbilidad en los pacientes portadores de éstos, y que se pudiera haber evitado de haberse otorgado el manejo médico correspondiente, en el momento que lo necesitaba.

67. Por lo antes expuesto, se concluye que, la atención médica otorgada a V en el HGZ-3 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, fue inadecuada y contribuyó a su deterioro progresivo, lo que ocasionó su fallecimiento, vulnerando en su perjuicio, el derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4°, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y XI; 32, 33, fracciones I y II, de la LGS; 8, fracciones I y II; así como 9 y 48 del RLGS.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

68. El derecho a la vida es inherente a la persona, y una obligación para el Estado de evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio del derecho, ya sea por acción u omisión, por culpa o dolo de un individuo o autoridad¹⁹, este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1°, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la CPEUM; 1.1 y 4.1, de la Convención Americana

¹⁹ CrIDH, Caso Reverón Trujillo Vs. Venezuela, excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de junio de 2009, párr. 60. Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México, excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216, párrafo 218.

sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 1° y 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y 1°, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establecen el marco jurídico básico de protección del derecho a la vida, el cual “...no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción”.²⁰

69. Al respecto, la CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que su salvaguarda depende de la realización de los demás derechos. Por ende, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²¹, entendiéndose con ello que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de ésta.

70. Por otra parte, 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 [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe

²⁰ CrIDH, Caso Coc Max y otros (“Masacre de Xamán”) vs. Guatemala, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.

²¹ CrIDH, Caso González y otras (“Campo Algodonero”), Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

transgresión del 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 [...].²²

71. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

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

73. Existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes en su actuar profesional; se destaca la Declaración de Ginebra adoptada

²² SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

por la Asociación Médica Mundial en 1948, así como el Código Internacional de ética Médica adoptado por esa Asociación en 1981, que se han adoptado como documentos rectores del ejercicio médico, en los que se prevén la obligación fundamental del personal médico para preservar la vida de sus pacientes²³.

74. De las consideraciones que fueron base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito al HGZ-3, son el mismo soporte que acredita la violación al derecho humano a la vida, ya que de las omisiones que dichas personas servidoras públicas generaron, tuvo como consecuencia una dilación en la atención médica, así como las delimitaciones médicas que estos instruyeron para el tratamiento de V, situación que resultó en la disminución al acceso a una atención médica oportuna, que permitiera se agotaran todas las posibilidades para lograr la valoración adecuada de su diagnóstico; no obstante, acarreó como consecuencia un choque séptico que contribuyó en el deterioro gradual de su estado de salud y su posterior fallecimiento, vulnerando su derecho a la vida.

75. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incurrieron en una inadecuada atención médica, al no realizar una correcta valoración clínica del estado de salud de V en el tratamiento médico necesario y suficiente durante las atenciones comprendidas entre 2022 y 2023, incurrieron en inobservancia a la LGS, el RLGS, el RPM, la NOM-Hemodiálisis, la GPC-IMSS-335-19, la GPC de Valoración Preoperatoria, la GPC-IMSS-335-19, la GPC-IMSS-727-14, la GPC-ISSSTE-364-16, la GPC- ISSSTE-680-13 y con la literatura médica especializada, como quedo ampliamente descrito en el capítulo anterior.

²³ Recomendación 52/2020 de 29 de octubre de 2020 de la CNDH, párrafo 63.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V COMO PERSONA ADULTA MAYOR

76. 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 adulta mayor 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 de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria y adecuada por parte del personal médico del HGZ-3.

77. Al respecto, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" en sus artículos 17, párrafo primero; así como 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son 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.

78. El artículo 1, párrafo quinto, de la CPEUM 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 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

79. 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. También, 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”.

80. Además, 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, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos.

81. El artículo 10, de la Ley mencionada, establece 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 por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.²⁴

²⁴ El principio pro-persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de

82. En el artículo 18 del citado ordenamiento normativo, 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.

83. También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, se destacó: “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”.

84. 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.”²⁵

85. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México²⁶, 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

derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-ersona#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

²⁵ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

²⁶ Publicado el 19 de febrero de 2019.

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.”²⁷

86. Considerando lo expuesto, el personal médico del HGZ-3, debió tomar en cuenta que, en el caso de V se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que era una persona adulta mayor, portadora de diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo ambos de 35 años de diagnóstico e hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, por lo tanto, su atención tenía que ser prioritaria, oportuna e inmediata, atendiendo a su diagnóstico y padecimientos.

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

87. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política, establece que: “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”, y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

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

89. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU,

²⁷ CNDH, párrafo 418, pág. 232

previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”

90. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente Clínico advierte 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 (...).

91. En la Recomendación General 29 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que: “La debida integración de un expediente clínico 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 consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”²⁸

92. También se ha establecido en diversas Recomendaciones que el derecho a

²⁸ CNDH, del 31 de enero de 2017, párrafo 35.

la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: I. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; II. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; III. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; IV. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y V. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁹

93. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación³⁰.

94. A continuación, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico que fueron enviadas a esta Comisión Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

D.1 Inadecuada Integración del Expediente Clínico

95. En la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional se observó que,

²⁹ CNDH, *Ibidem*, párrafo 34, y Recomendaciones: 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

³⁰ *Óp. Cit.*, y 21/2019, 26/2019, 23/2020, 35/2020,42/2020, 43/2020, 44/2020, 45/2020, 52/2020, 1/2021, 5/2021, 70/2022, 77/2022,85/2022, 91/2022, 100/2022, 250/2022, 6/2023, 88/2023 y 14/2023.

dentro del expediente clínico de V otorgado a esta CNDH por el IMSS, no se integraron hojas de indicaciones médicas, de enfermería, notas de tratamiento y evolución médica de agosto a diciembre de 2022 y de enero a mayo de 2023, así como notas médicas de atención de las sesiones de hemodiálisis que le realizaron en ese mismo periodo, a pesar de que esta Comisión Nacional las requirió en varias ocasiones al IMSS mediante la solicitud y ampliación de información correspondientes, contraviniendo lo establecido en la NOM-Del expediente clínico, como quedó ampliamente descrito en el capítulo de vulneración al derecho humano a la protección de la salud.

96. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-Del expediente clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de diversas Recomendaciones, como la General 29/2017.

97. Resulta aplicable al respecto, la sentencia del Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, del 22 de noviembre de 2007 emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: "...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un 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." De este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

98. Las omisiones del personal médico en dejar constancia de su atención en las notas respectivas, situación que repercutió directamente con la adecuada y completa evaluación que se le debió otorgar a V, lo cual constituye una falta administrativa y representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, QVI, VI a que conocieran la verdad con relación al tratamiento y atención que se le brindó a V en el HGZ-3. Por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

99. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la inadecuada atención médica que proporcionaron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personas servidoras públicas adscritas al HGZ-3, al advertirse violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V persona adulta mayor, su responsabilidad deriva de lo siguiente:

99.1. De la valoración realizada a V el 29 de noviembre de 2022, por AR1 quien omitió realizar el acceso vascular que permitiera reducir las complicaciones por las que cursó V, debido a que en ese momento no contaba con datos de síndrome urémico, y aun así procedió a la colocación del catéter femoral derecho tipo “Mahurkar”, situación que no estaba justificada en el presente caso.

- 99.2.** En lo que respecta a AR2, el 25 de diciembre de 2022, omitió solicitar a V la interconsulta al SACV del HGZ-3 y al determinar que era paciente portadora de enfermedad renal crónica, referirla al SN del HGZ-3 para el manejo multidisciplinario.
- 99.3.** El 14 de mayo de 2023, AR3 omitió realizar referencia de V a la unidad médica correspondiente para que se pudiera realizar el procedimiento del acceso arteriovenoso y con ello reducir las posibles alteraciones que se pudieran presentar.
- 99.4.** AR4 intentó colocar a V catéter “Mahurkar” en la pierna izquierda, el 28 de diciembre de 2022, procedimiento que, si bien es cierto puede ser realizado por personal médico diferente al Servicio de Nefrología que conozca la técnica, también lo es que en ese momento V no cursaba con datos clínicos para otorgar la terapéutica dialítica de manera urgente.
- 99.5.** Durante la atención médica proporcionada a V por parte de AR5 el 30 de diciembre de 2022, omitió solicitar estudios de control para determinar si existía o no la remisión del proceso trombótico; es decir, otorgar una evaluación médica integral, y de la misma forma, no consideró ante ese antecedente, solicitar el cambio de acceso venoso para la realización de la fistula arteriovenosa, con el objetivo de disminuir las posibles complicaciones del catéter “Mahurkar”.
- 99.6.** El 9 de mayo de 2023, AR6 omitió solicitar interconsulta al SN del HGZ-3, como parte integral de la atención de V, por la probable trombosis que cursaba y comprometía de manera importante su vida.

99.7. El 10 de mayo de 2023, AR7 otorgó el egreso a V del HGZ-3 y omitió contar con las valoraciones solicitadas el 9 de mayo de 2023 al SN del HGZ-3 y el SACV del HGZ-3, como parte de la completa y adecuada atención.

100. Lo anterior, provocó que V se encontrara con altas posibilidades de cursar con más complicaciones, tal y como ocurrió con el proceso infeccioso (choque séptico) que sufrió, mismo que se encuentra identificado dentro de la literatura médica especializada de Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres, como de alta morbimortalidad en los pacientes portadores de éstos, y que se pudiera haber evitado de haberse otorgado por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 el manejo médico correspondiente, en el momento que lo necesitaba.

101. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 quienes trataron a V en el HGZ-3, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, deben de cumplir además, con el servicio encomendado y abstenerse 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. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al

mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

102. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la CPEUM; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, cuenta con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, solicite al IMSS la instrucción a quien corresponda, a fin de que se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto, para efecto de que se determine la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por la inadecuada atención médica otorgada a V, atendiendo a su calidad de persona vulnerable.

E.2. Responsabilidad Institucional

103. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º constitucional que a la letra versa: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tiene 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.”

104. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. 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.

105. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado, para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y los que conforman el Sistema de las Naciones Unidas.

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

107. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores, así como al acceso a la información en materia de salud, corresponde al IMSS, toda vez que no se brindó atención médica de manera adecuada y oportuna a V, acorde con lo previsto en los artículos 48 y 72, del RLGS; así como la inadecuada integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del expediente clínico; por lo que, el IMSS es responsable solidario del incumplimiento de esas obligaciones, de acuerdo con la propia normatividad, y en consecuencia, se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar esas prácticas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

108. 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 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al 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.

109. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones II, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad en la materia aplicable al caso concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al trato digno en materia de salud y a la vida en perjuicio de V, se deberá inscribir a V, así como a QVI y VI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que QVI y VI tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de

Víctimas.

110. 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*, así como diversos criterios de la CrIDH 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.

111. Al respecto, la CIDH refirió en la sentencia relacionada al “*Caso Espinoza González vs. Perú*” 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*”, de igual forma 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*”.³¹

112. En consecuencia, el IMSS deberá realizar las siguientes acciones con la finalidad de otorgar una reparación integral a la víctima conforme a las siguientes consideraciones:

³¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

i. Medidas de rehabilitación

113. Las medidas de rehabilitación buscan facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, entre cuyas medidas se incluye la prestación de servicios de asesoría jurídica, tendientes a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas y a garantizar su disfrute pleno, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices Principios y Directrices Sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones, en el cual la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica y/o psiquiátrica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

114. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a QVI y VI la atención psicológica y/o tanatológica; así como, de ser el caso, a VI la atención psiquiátrica, misma que deberá brindarse gratuitamente e incluir, en su caso, los medicamentos necesarios de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirlas, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

115. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, 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 su familia”³².

116. 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.

117. Para cuantificar el monto de la indemnización, la CrIDH estableció los siguientes parámetros: a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la citada CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

³² Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

118. El otro parámetro para cuantificación del monto de la indemnización establecido por la CrIDH es b) Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de esta. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

119. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V, así como de QVI y VI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño a QVI y VI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento; ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

120. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante esa Comisión, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos

son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

121. De igual forma, y en el mismo tenor, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

122. 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; se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

123. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto, por

los hechos materia de esta Recomendación, a efecto de que dicho órgano fiscalizador investigue la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia del instrumento recomendatorio, así como las evidencias que la sustentan, a fin de que resuelva lo que conforme a derecho proceda, por las omisiones precisadas en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

124. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

iv. Medidas de no repetición

125. Las medidas de no repetición 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, 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 en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

126. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS, diseñen e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito al HGZ-3 en caso de continuar en activo laboralmente; así como, al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Nefrología y Hemodiálisis del HGZ-3, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud y a la vida con un enfoque diferenciado

para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada sobre la observancia y contenido de la LGS, el RLGS, el RPM, la NOM-Hemodiálisis, la NOM-Del Expediente Clínico, la GPC-IMSS-335-19, la GPC de Valoración Preoperatoria, la GPC-IMSS-727-14, la GPC-ISSSTE-364-16, la GPC- ISSSTE-680-13 y con la literatura médica especializada, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, y el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano.

127. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las pruebas correspondientes, a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

128. Una vez aceptada la presente Recomendación, con el objeto de prevenir hechos como los expuestos en el presente pronunciamiento, en el plazo de dos meses, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, personal médico adscrito al HGZ-3 en caso de continuar en activo laboralmente; así como, al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Nefrología y Hemodiálisis del HGZ-3, en el que incluya las medidas adecuadas de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas

adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a la legislación nacional e internacional, así como a la NOM-Hemodiálisis, la NOM-Del Expediente Clínico, la GPC de Valoración Preoperatoria, la GPC-IMSS-335-19, la GPC-IMSS-727-14, la GPC-ISSSTE-364-16, la GPC- ISSSTE-680-13 y con la literatura médica especializada; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

129. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas 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.

130. 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. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V, así como de QVI y VI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté

acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño a QVI y VI, 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, deberá proporcionar a QVI y VI la atención psicológica y/o tanatológica, así como, de ser el caso, a VI la atención psiquiátrica y los medicamentos necesarios en caso de que los requiera, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, 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 seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico de ese Instituto, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscritos al HGZ-3, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y se resuelva lo que conforme a derecho proceda, de

conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito al HGZ-3 en caso de continuar en activo laboralmente; así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Nefrología y Hemodiálisis del HGZ-3, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada sobre la observancia y contenido de la LGS, el RLGS, el RPM, la NOM-Hemodiálisis, la NOM-Del Expediente Clínico, la GPC-IMSS-335-19, la GPC de Valoración Preoperatoria, la GPC-IMSS-727-14, la GPC-ISSSTE-364-16, la GPC- ISSSTE-680-13 y con la literatura médica especializada, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito al HGZ-3 en caso de continuar en activo laboralmente; así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Nefrología y Hemodiálisis del HGZ-3, en el que incluya las medidas adecuadas de prevención y supervisión en los temas de

derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a la legislación nacional e internacional, así como a la NOM-Hemodiálisis, la NOM-Del Expediente Clínico, la GPC-IMSS-335-19, la GPC de Valoración Preoperatoria, la GPC-IMSS-727-14, la GPC-ISSSTE-364-16, la GPC- ISSSTE-680-13 y con la literatura médica especializada; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. 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.

131. 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 le confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

134. Finalmente, me permito recordarle que cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH