

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, QVI1, QVI2, QVI3, VI4 Y VI5, POR PERSONAL MÉDICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 24 EN “PEDERNALES” TACÁMBARO Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 83 EN MORELIA, AMBOS EN MICHOACÁN, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 30 de agosto 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, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 4, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2022/11567/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Subzona No. 24 en “Pedernales” Tacámbaro y en el Hospital General de Zona No. 83 en Morelia, ambos en Michoacán, pertenecientes al 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, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 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
Víctima Directa	V
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, se hace la referencia a distintas instituciones, ordenamientos jurídicos y Normas Oficiales Mexicanas, así como organismos internacionales de derechos humanos, por lo que se harán con las siglas, acrónimos y abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán identificarse como sigue:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/ Organismo Nacional/ Comisión Nacional /

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
	Organismo Autónomo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV / Comisión Ejecutiva
Fiscalía General de la República	FGR
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Órgano Interno de Control Específico en el IMSS	OIC-IMSS
Hospital General Regional No. 01 en Charo, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HGR-01
Hospital General de Zona No. 83 en Morelia, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HGZ-83
Hospital General de Subzona No. 24 en "Pedernales" Tacámbaro, Michoacán del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HGSMF-24
Unidad de Medicina Familiar No. 25 en Puruarán, Michoacán del Instituto Mexicano del Seguro Social.	UMF-25

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	Ley General / LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud	NOM-de la Regulación de los servicios de salud
Guía de Práctica Clínica de valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto (IMSS-455-11)	GPC de valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto
Procedimiento del IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post- operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-066	P-IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans- operatoria, y post- operatoria.

I. HECHOS

5. El 27 de septiembre de 2022, QVI1, QVI2 y QVI3 interpusieron queja ante este Organismo Nacional por la inadecuada atención médica que le proporcionó personal del HGSMF-24 y HGZ-83 en agravio de V persona adulta mayor, cuya clínica de adscripción fue la UMF-25, quien tenía programada una cirugía para reemplazo articular en la rodilla izquierda, la cual por problemas en el proceso de anestesia no se llevó a cabo.

6. QVI1, QVI2 y QVI3 indicaron que V, fue víctima de diversas irregularidades en la atención médica recibida por personal del HGZ-83, que derivaron en su muerte; manifestaron que V fue citado para realizarle una intervención quirúrgica el 12 de julio de 2022, programada con anestesia regional y sin consentimiento de V ni de sus familiares, le aplicaron anestesia general, lo que provocó un cúmulo de complicaciones en la condición de salud de V que concluyeron con su fallecimiento el 31 de julio de 2022.

7. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/PRESI/2022/11567/Q**, y a fin de documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS dando atención a este asunto, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja suscrito por QVI1, QVI2 y QVI3, recibido en esta Comisión Nacional, el 27 de septiembre de 2022, en el que informaron que V estuvo internado en el HGZ-83, del 12 al 31 de julio de 2022, cuando finalmente falleció.

9. Correo electrónico de 18 de noviembre de 2022, remitido por personal del IMSS, al que se adjuntó la siguiente documentación:

9.1 Oficio número 170103200200/939/2022 de 11 de noviembre de 2022, suscrito por PSP1 director del HGZ-83.

9.2 Acta informativa de 10 de noviembre de 2022, suscrita por PSP27 de la jefatura de Anestesiología.

9.3 Listado del personal médico que brindó atención médica a V en el HGZ-83.

9.4 Listado del personal adscrito al HGZ-83 que participó en la atención de V, en el que se señala cargo y cédula profesional.

9.5 Valoración preoperatoria por Medicina Interna de 27 de junio de 2022, suscrita por PSP8 adscrito al Servicio de medicina interna del Hospital General de Subzona No. 24 en “Pedernales” Tacámbaro, Michoacán del IMSS.

9.6 Valoración preanestésica de 28 de junio de 2022, sin que conste quien la suscribió.

9.7 Consentimiento informado de 28 de junio de 2022. Anestesiología, sin nombre de quien la elaboró.

9.8 Consentimiento informado para artroplastia total de rodilla izquierda de 7 de julio de 2022, ilegible el nombre de quien la elaboró.

9.9 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 7 de

julio de 2022, suscrita por PSP9 personal adscrito al HGZ-83.

9.10 Nota de Anestesiología de 12 de julio de 2022, sin que conste quien la elaboró.

9.11 Carta de consentimiento bajo información para traqueostomía de 12 de julio de 2022, elaborada por AR2 personal médico adscrito al Servicio de Anestesiología.

9.12 Informe de eventualidad de diferimiento de cirugía programada de 12 de julio de 2022 a las 12:54 horas, elaborada por PSP9.

9.13 Nota de Cirugía general de 12 de julio de 2022 a las 13:00, suscrita por AR3 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

9.14 Hoja de registro de anestesia y recuperación de 12 de julio de 2022, suscrita por AR2.

9.15 Nota sin nombre de 12 de julio de 2022, suscrita por AR3.

9.16 Nota postquirúrgica de 12 de julio de 2022, suscrita por AR3.

9.17 Historia clínica de 12 de julio de 2022, sin que conste el nombre de quien la elaboró.

9.18 Nota de ingreso a piso de cirugía general de 12 de julio de 2022, sin hora y sin nombre de quien la elaboró.

9.19 Nota de Interconsulta (IC) Medicina Interna, no se especifica Servicio de 12

de julio de 2022, de nombre ilegible.

9.20 Nota de interconsulta Medicina Interna de 12 de julio de 2022, sin hora, elaborada por PSP10 personal adscrito al HGZ-83.

9.21 Nota de Interconsulta de Medicina Interna de 13 de julio de 2022 a las 13:10, suscrita por PSP11 personal adscrito al HGZ-83.

9.22 Nota Valoración de UCI de 13 de julio de 2022 a las 15:00, suscrita por PSP12 personal adscrito al HGZ-83.

9.23 Nota Ingreso a Medicina Crítica de 13 de julio de 2022 a las 21:30, suscrita por PSP13.

9.24 Nota de evolución UCI TV de 14 de julio de 2022 a las 20:00, suscrita por PSP12.

9.25 Nota de evolución turno nocturno de 15 de julio de 2022 a las 06:45, suscrita por PSP14 personal adscrito al HGZ-83.

9.26 Nota de evolución UCI TV de 15 de julio de 2022 a las 18:30, suscrita por PSP12.

9.27 Nota de evolución UCI turno nocturno de 16 de julio de 2022 a las 06:45, suscrita por PSP15 personal adscrito al HGZ-83.

9.28 Nota Valoración Cirugía Oncológica de 16 de julio de 2022 a las 15:29, suscrita por PSP16.

9.29 Nota Seguimiento de 16 de julio de 2022 a las 17:27, suscrita por PSP17 personal adscrito al HGZ-83.

9.30 Nota de evolución de medicina crítica de 16 de julio de 2022 a las 23:35, suscrita por PSP18 personal adscrito al HGZ-83.

9.31 Nota de evolución turno nocturno de 18 de julio de 2022 a las 06:45, suscrita por PSP14.

9.32 Nota de evolución terapia intensiva de 18 de julio de 2022 a las 13:20, suscrita por PSP19.

9.33 Nota de evolución vespertina UCI de 18 de julio de 2022 a las 18:15 horas, suscrita por PSP13.

9.34 Nota de evolución de medicina crítica de 18 de julio de 2022 a las 23:43 horas, suscrita por PSP18.

9.35 Nota de evolución terapia intensiva de 19 de julio de 2022 a las 13:20 horas, suscrita por PSP19 personal adscrito al HGZ-83.

9.36 Nota de evolución vespertina UCI TV de 19 de julio de 2022 a las 20:30 horas, suscrita por PSP12.

9.37 Nota de evolución UCI turno nocturno de 20 de julio de 2022 a las 06:45 horas, suscrita por PSP15.

9.38 Nota de evolución terapia intensiva de 20 de julio de 2022 a las 13:00 horas, suscrita por PSP19.

9.39 Nota de evolución UCI TV de 20 de julio de 2022 a las 20:00 horas, suscrita por PSP12.

9.40 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 20 de julio de 2022, firmado por QVI2.

9.41 Nota de evolución de medicina crítica de 20 de julio de 2022 a las 22:03 horas, suscrita por PSP18.

9.42 Nota de evolución terapia intensiva de 21 de julio de 2022 a las 13:00 horas, suscrita por PSP19.

9.43 Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de 21 de julio de 2022, donde VI4 autorizó sujetar extremidades de V por seguridad de este.

9.44 Nota de Trabajo Social de 21 de julio de 2022 a las 17:50 horas, suscrita por PSP20 personal adscrito al HGZ-83.

9.45 Nota de evolución UCI TV de 21 de julio de 2022 a las 20:00 horas, suscrita por PSP12.

9.46 Nota de evolución turno nocturno de 22 de julio de 2022 a las 06:45, suscrita por PSP14.

- 9.47** Nota de evolución y Alta terapia intensiva de 22 de julio de 2022 a las 13:00 horas, suscrita por PSP19.
- 9.48** Nota TYO de 23 de julio de 2022 a las 11:50 horas, suscrita por PSP21 personal adscrito al HGZ-83.
- 9.49** Nota UTI matutino de 25 de julio de 2022 a las 10:50 horas, suscrita por PSP19.
- 9.50** Nota TYO de 26 de julio de 2022, de nombre ilegible de quien la suscribió.
- 9.51** Nota médica de 26 de julio de 2022 a las 12:50 horas, suscrita por PSP22.
- 9.52** Valoración preanestésica de 26 de julio de 2022, sin que conste quien la elaboro.
- 9.53** Nota de evolución TYO de 27 de julio de 2022, de nombre ilegible de quien la elaboró.
- 9.54** Nota de valoración Medicina Interna de 28 de julio de 2022 a las 18:45 horas, suscrita por PSP23 personal adscrito al HGZ-83.
- 9.55** Resultados de estudio de tomografía de cuello de 29 de julio de 2022, suscrita por PSP24 personal adscrito al HGZ-83.
- 9.56** Nota de evolución de traumatología y ortopedia de 31 de julio de 2022, suscrita por PSP25 personal adscrito al HGZ-83.

9.57 Certificado de defunción de V elaborado el 31 de julio de 2022 a las 17:10 horas, por PSP26 personal adscrito al HGZ-83. Del que se puede observar las causas de fallecimiento de V "...Encefalopatía anóxica 18 días...Insuficiencia respiratoria 18 días...Vía aérea difícil 18 días...".

10. Opinión especializada en materia de medicina de 31 de octubre de 2023, emitida por personal de este Organismo Autónomo sobre la atención médica otorgada a V, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V en el HGSMF-24 y HGZ-83, fue inadecuada.

11. Acta circunstanciada de 19 de enero de 2024, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QV11, en la que informó que la CI1 sigue en trámite.

12. Correo electrónico de 4 de marzo de 2024, remitido por personal del IMSS, al que adjuntó la siguiente documentación:

12.1 Oficio número 1790012F100/2024/033 de 7 de febrero de 2024, suscrito por PSP4, por el cual informó el número cédulas profesionales, adscripción y estatus laboral actual de personal médico involucrado.

12.2 Oficio número 1790010051100/CTQ/2024/0080 de 6 de febrero de 2024, suscrito por PSP5, quien informó la existencia del expediente de investigación EI1, aperturado en el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS.

12.3 Oficio número 179000410100/JSJ/00739/2024 de 6 de febrero de 2024, suscrito por PSP6, señalando la tramitación de una denuncia penal presentada por los familiares de V, identificada bajo la carpeta de investigación CI1.

13. Oficio número 00641/30.102/651/2024 de 19 de marzo de 2024, suscrito por PSP3, mediante el que informó que en el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS se inició el expediente E11, mismo que se concluyó y archivo por falta de elementos.

14. Correo electrónico de 20 de mayo de 2024, remitido personal del IMSS, al que se adjuntó la siguiente documentación:

14.1 Oficio número 170103200200/003021/2024 de 3 de mayo de 2024, suscrito por PSP1, quien proporciona número cédulas profesionales, adscripción y estatus laboral actual de personal médico involucrado.

14.2 Oficio número 179001750100/OTSISI189/2024 de 9 de mayo de 2024, suscrito por PSP7, quien proporcionó datos de identificación y adscripción de personal médico involucrado.

15. Acta circunstanciada de 27 de mayo de 2024, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QVI1, en la que informó que la presente queja la suscribieron también QVI2 y QVI3, los sobrinos de V; e indicó que tiene dos hermanos más VI4 y VI5 que no firmaron la queja, sin embargo, ellos también se hacían cargo del cuidado y atención de V.

16. Correo electrónico de 27 de mayo de 2024, remitido por QVI1, en la que anexó las actas de nacimiento de QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5.

17. Acta circunstanciada de 28 de junio de 2024, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la comparecencia de QVI1, en la cual manifestó el último domicilio del agraviado, que éste vivía sólo, que nunca se casó ni tuvo hijos y que

la CI1 continúa en trámite.

18. Acta circunstanciada de 1 de agosto de 2024, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación con QVI1, ocasión en la cual manifestó que por los hechos descritos en la presente Recomendación, presentó ante el IMSS la QM, la cual se resolvió mediante acuerdo de 22 de noviembre de 2022, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional Regional en Michoacán, como improcedente desde el punto de vista médico; determinación que fue recurrida radicándose el JN el cual fue resuelto por la Sala Regional del Pacífico Centro, del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, el 2 de octubre de 2023, donde se declaró la nulidad de la QM ordenándose la reparación de los daños; determinación que fue impugnada por el IMSS, radicándose el RI en el Segundo Tribunal Colegiado en materia administrativa y del trabajo del Décimo Primer Circuito en Morelia Michoacán, el cual se encuentra en trámite; además, de indicar que la CI1 se encuentra en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 28 de septiembre de 2022, se inició la CI1, en la FGR Delegación Michoacán, por hechos delictuosos en contra de quien resulte responsable, en agravio de V, misma que actualmente se encuentra en trámite.

Carpeta de investigación	Autoridad	Iniciada con motivo de:	En contra de:	Situación jurídica
Carpeta de investigación 1 (CI1)	Agente del Ministerio Público de la Federación, Titular de la Célula II-2 con sede en la ciudad de Morelia de la FGR.	Homicidio Culposo, cometido Bajo Responsabilidad Profesional.	Quien resulte responsable	Se encuentra en trámite.

20. El 29 de septiembre de 2022, el OIC-IMSS con motivo de los hechos narrados por QVI1, como consecuencia de la inadecuada atención médica que se le brindó a V en HGSMF-24 y HGZ-83, inició el expediente EI1, mismo que se concluyó y archivó por falta de elementos, el 12 de octubre de 2023.

21. Esta Comisión Nacional contó con la evidencia de que ante el IMSS se tramitó la QM, la cual se sometió a consideración de la Comisión Bipartita, misma que, en Acuerdo de fecha 22 de noviembre de 2022, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional Regional en Michoacán, se determinó como improcedente desde el punto de vista médico; determinación que fue recurrida por QVI1, QVI2 y QVI3, radicándose el JN el cual, fue resuelto el 2 de octubre de 2023, donde la Sala Regional del Pacífico Centro, del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, declaró la nulidad de la QM ordenándose la reparación de los daños a los recurrentes; determinación que fue impugnada por el IMSS, radicándose el RI en el Segundo Tribunal Colegiado en materia administrativa y del trabajo del Décimo Primer Circuito en Morelia Michoacán, el cual se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

22. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2022/11567/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección 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 aplicables tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar 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, QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, atribuibles a personal médico adscrito al HGSMF-24 y HGZ-83, ya que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada, lo que contribuyó al deterioro de sus condiciones clínicas y en su fallecimiento; lo anterior, en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. De manera inicial y, previo al análisis de las consideraciones médicas, sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud, reiterando que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad ...”¹

24. Lo anterior, con el propósito no sólo de visibilizar un tema médico, sino que es necesario potenciar la sensibilidad sobre las repercusiones y efectos irreversibles que las prácticas y decisiones del personal médico pueden generar durante la atención de los derechohabientes.

25. Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan “(...) formular

¹ Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, párrafos 23 y 24, Recomendación 38/2016 “Sobre el caso de violencia obstétrica y violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2 y a la vida de V2, en el Hospital General de Zona número 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Uruapan, Michoacán”, párrafo 21.

recomendaciones a las autoridades competentes (...)”²

26. 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.³

27. El numeral 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, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴

28. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que:

La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.⁵

² Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos “Principios de París”.

³ CNDH. Recomendaciones: 79/2021, párrafo 20; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33, 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

⁴ “Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación”

⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.

29. El párrafo 1º 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 (...)"*.

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

31. La CrIDH en el "*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*"⁶ 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 (...)"*.

32. Los artículos 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II de la LGS; 8º, fracciones I y II; 9º y 48 del Reglamento de la LGS; XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 2.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en términos generales prevén el derecho a la protección de la salud.

33. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3, omitieron brindar la atención adecuada a V, pudiendo haberle brindado la atención médica adecuada que requería, derivado de su calidad de garantes de conformidad con los artículos 32 y 33 fracción II de la LGS, lo que se tradujo en una mala praxis⁷ y en

⁶ Excepciones Preliminares, Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia e 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁷ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en "Responsabilidad profesional de Enfermería", la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional,

consecuencia, la evidente violación al derecho humano, a la protección de la salud de V, que derivó en la pérdida de su vida, como se estableció en la Opinión Especializada en materia de Medicina de 31 de octubre de 2023, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la que se concluyó que la atención médica brindada a V por personal médico de HGSMF-24 y HGZ-83, fue inadecuada; por lo que, a continuación se analizará en el presente caso.

A.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE V

34. El presente caso se trata de V, persona adulta mayor al momento de los hechos motivo de queja, paciente programado para artroplastia de rodilla izquierda (colocación de prótesis), quien contaba con los antecedentes patológicos de hipertensión arterial, en tratamiento con losartán; bocio multinodular⁸ identificado por ultrasonido tiroideo el 4 de febrero de 2016, en UMF-25, y con diagnóstico inicial de tirotoxicosis⁹ por enfermedad de Graves el 17 de mayo de 2016, en tratamiento en el Servicio de Endocrinología de HGZ-83, con tiamazol¹⁰ (5 mg, 1 tableta diaria), con mal apego al manejo de sus dos patologías de base, ya que de acuerdo a las constancias médicas que obran en el expediente clínico, V no acudía mensualmente a cita de control en su unidad de medicina familiar, no se realizaba las pruebas de laboratorio solicitadas y dejaba perder sus citas

o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

⁸ El bocio multinodular de tiroides es una condición en la que la glándula tiroides crece de manera irregular debido a un estímulo anormal de la hormona hipofisaria TSH (hormona estimulante de la tiroides). Esta alteración provoca la formación de múltiples nódulos en la tiroides, generalmente resultando en un aumento del diámetro del cuello.

⁹ La tirotoxicosis descrita en V es la situación clínica resultante de un exceso de hormonas tiroideas a nivel de los tejidos, para realizar un tratamiento adecuado es necesario, además, determinar su etiología, siendo la causa más frecuente, la enfermedad de Graves-Basedow, padecimiento autoinmune en el que inmunoglobulinas circulantes estimulan el receptor de TSH de la tiroides, dando como resultado el hiperfuncionamiento de la glándula.

¹⁰ Tiamazol es un fármaco que inhibe la formación de hormonas tiroideas en la tiroides. Actúa bloqueando la peroxidasa tiroidea, que es la enzima encargada de incorporar el yodo en la síntesis de las hormonas tiroideas. Además, el tiamazol ha demostrado propiedades inmunosupresoras en pacientes con enfermedades de Graves (bocio difuso tóxico). (Carrera, 2020).

de control en la especialidad de medicina interna.

35. De las notas que obran en el expediente clínico, se extrajo que, el 3 de marzo de 2017, derivado de la revaloración en el Servicio de Endocrinología, se modificó el diagnóstico de enfermedad de Graves, a tirotoxicosis con bocio multinodular con datos de hipertiroidismo por medicamentos¹¹, estableciendo continuar con el mismo manejo con tiamazol sin suspender. En el expediente clínico no existe nota de otra valoración de V en ese Servicio o en Medicina Interna.

36. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V en HGSMF-24 y HGZ-83.

A.2 ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V POR EL HGSMF-24 DEL 27 AL 28 DE JUNIO DE 2022

37. Como parte del protocolo prequirúrgico de V el 27 de junio de 2022, fue valorado por PSP8 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGSMF-24, quien practicó valoración preoperatoria¹² para colocación de prótesis de rodilla izquierda, en la que refirió los antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento con losartán, con mal apego al mismo, describió pruebas de laboratorio de 3 de junio de 2022, todos dentro de parámetros de normalidad, sin hacer mención PSP8 sobre pruebas de función tiroidea, concluyendo que V contaba con un riesgo quirúrgico clase II (enfermedad sistémica leve) y sin contraindicaciones para ser sometido al procedimiento quirúrgico de artroplastia de rodilla izquierda.

¹¹ El hipertiroidismo también puede ser causado por tomar demasiado medicamento con hormona tiroidea para tratar el hipotiroidismo. Esto se denomina hipertiroidismo provocado (NHI, 2022).

¹² Evaluación perioperatoria: Evaluación perioperatoria: Protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan pre, trans o postoperatorio con fines de reducir las complicaciones de un evento quirúrgico, el cual debe ser llevado por el equipo multidisciplinario relacionado al evento quirúrgico (CENETEC, 2011).

38. Al día siguiente, V le fue practicada valoración preanestésica¹³, por AR1 personal médico especialista en Anestesiología de esa misma unidad médica, quien reiteró en su nota que, V sería sometido a artroplastia de rodilla izquierda y cursaba con hipertensión arterial de 4 años e hipertiroidismo de 6 años de evolución respectivamente; de lo relevante de la exploración física que practicó, describió el cuello de V normal, con tráquea central sin masa o lesión palpable y por ello, estableció las siguientes clasificaciones de la vía aérea:

38.1 Mallampati¹⁴ II, es decir, se apreciaba paladar blando, fauces¹⁵ y úvula, pero no se especificó si se realizó laringoscopia¹⁶.

38.2 Patil Aldreti¹⁷ I, es decir, presentaba una distancia mayor a 6.5 entre la escotadura tiroidea y el mentón por lo que la laringoscopia e intubación endotraqueal podría realizarse sin dificultad.

38.3 Bellhouse dore¹⁸ II, correspondiente 1/3 de limitación respecto a la extensión completa de la cabeza.

38.4 Distancia esternomentoniana I, indicativo de más de 13 centímetros entre el borde superior del esternón y el mentón.

¹³ Evaluación preanestésica: Evaluación preanestésica: Protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo con su análisis.

¹⁴ Prueba que clasifica la visibilidad de la orofaringe.

¹⁵ Orificio que marca el paso de la cavidad bucal a la orofaringe.

¹⁶ Procedimiento que se realiza bajo anestesia general, mediante la introducción de un tubo rígido a través de la boca, que se dirige hacia la propia laringe y que en anestesiología se emplea para introducir la cánula de intubación orotraqueal.

¹⁷ Patil-Aldreti mide la distancia entre la escotadura tiroidea y el mentón, así como el trayecto entre el borde superior de manubrio del esternón y el mentón (distancia esternomentoniana) (Diaz, 2010).

¹⁸ Escala para valorar los grados de movilidad de la articulación atlanto-occipital (Garcia, 2005).

39. Aunque la conclusión derivada de la aplicación de dichas escalas a V no se encuentra plasmada en la nota que elaboró AR1, es importante mencionar que, de acuerdo con esos resultados, ninguna de ellas evidenciaba factores predictores de dificultad para intubar¹⁹ en caso necesario; en esa nota también se mencionaron los resultados de laboratorios descritos en la valoración preoperatoria y se agregó el reporte de pruebas de función tiroidea, mismas de las que se desconoce la fecha en que fueron practicadas, pero se encontraron dentro de parámetros de control; un electrocardiograma sin datos de isquemia, lesión o necrosis cardiaca, datos con los que se concluyó que a V le sería aplicada anestesia neuroaxial durante el procedimiento quirúrgico, es decir, mediante una punción a nivel espinal, firmando posteriormente V con su nombre el consentimiento informado²⁰ para el procedimiento de anestesia, mismo que fue llenado de manera incompleta por el médico tratante, ya que no cuenta con su nombre, firma, ni el llenado de los datos adicionales que integran el formato, incurriendo por ello en inobservancia al artículo 10 de la NOM-del Expediente Clínico.

40. Debe resaltarse que, ni en la valoración preoperatoria ni en la preanestésica realizadas el 27 y 28 de junio de 2022, se le prestó especial atención al antecedente de bocio multinodular (crecimiento anormal de la glándula). Si bien es cierto que, en esta última, el paciente fue descrito con cuello normal, sin masa o lesión, también lo es que, la bibliografía médica aplicable al caso menciona que el médico anesthesiólogo debe conocer el estado físico del paciente, la valoración del estado hormonal general (tiroideo en el presente caso), y el estado de la vía aérea, para poder prever las posibles complicaciones que se pueden presentar en el período perioperatorio y de esta manera

¹⁹ Parámetros predictores de intubación difícil: 1. Apertura bucal, con distancia inferior a tres centímetros entre incisivos superiores e inferiores; 2. Distancia tiromentoniana menor de siete centímetros; 3. Cuello corto; 4. Incisivos prominentes; 5. Poca protrusión mandibular, 6. Paladar estrecho; 7. Movimiento cervical inferior a 35°.

²⁰ Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

crear un plan terapéutico adecuado. La GPC de valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto, menciona que la evaluación anestésica con fines de clasificación de riesgo anestésico-quirúrgico debe incluir todos los datos clínicos del paciente para la verificación de la adecuación de las pruebas solicitadas de acuerdo con cada caso.

41. A ese respecto, en los pacientes con antecedente de bocio multinodular, como V resulta esencial estudiar la vía aérea por todos los métodos posibles, ya que el análisis clínico puede revelar una posible intubación difícil por compresión de la glándula tiroides sobre la tráquea, aunque no exista masa palpable; la radiografía de tórax o la tomografía son útiles para evaluar el compromiso de la tráquea o el mediastino, aspectos que en el presente caso, no fueron tomados en cuenta, repercutiendo directamente en las condiciones clínicas del paciente durante la administración de anestesia, como será descrito más adelante.

42. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que, desde el punto de vista médico legal la atención otorgada a V, en el HGSMF-24, fue inadecuada ya que:

42.1 Durante la valoración preanestésica elaborada el 28 de junio de 2022 por AR1, se omitió indagar en el antecedente de hipertiroidismo por bocio multinodular y, en consecuencia, no se siguió el protocolo para descartar vía aérea difícil, que posteriormente se identificó en el agraviado, situación que repercutió directamente en el deterioro de las condiciones clínicas del paciente y en su fallecimiento.

42.2 El consentimiento informado para el procedimiento de anestesia fue llenado de manera incompleta por AR1, ya que no cuenta con su nombre y firma, ni el llenado de los datos adicionales que integran el formato, incurriendo por ello en inobservancia al artículo 10 al 10.1.1.10 de la NOM-del Expediente Clínico, aspecto

administrativo y no de carácter clínico, que no repercutió en el manejo médico del paciente.

A.3 ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V POR EL HGZ-83 DEL 7 AL 31 DE JULIO DE 2022

43. V fue valorado previó al procedimiento quirúrgico artroplastia de rodilla izquierda el 7 de julio de 2022, en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del HGZ-83, por PSP9 fecha en que firmó el consentimiento informado de la "Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica", nota que no se encuentra físicamente en el expediente clínico analizado; de acuerdo con el registro de internamiento, V ingresó a esa unidad médica el 12 de julio de 2022, y de acuerdo con la hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico, V ingresó a la sala de quirófano a las 07:30 horas de 12 de julio de 2022, y el procedimiento anestésico comenzó a las 08:55 horas.

44. En la lista de verificación de cirugía segura AR2 asentó que V contaba con vía aérea difícil, con los materiales y equipos disponibles en caso necesario; sin embargo, en la nota de Anestesiología elaborada en esa misma fecha, sin especificarse la hora por AR2, en la que plasmó "V de 63 años ingresó a la sala de quirófano con elevación de tensión arterial²¹, por lo que se continuó con el procedimiento programado; sin embargo, de acuerdo a lo plasmado en esa nota, V no cooperó para mantener la posición requerida para llevar a cabo la anestesia neuroaxial²², por lo que, en ese momento, AR2 decidió

²¹ Siendo esta 80/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 61 latidos por minuto y 96% de saturación de oxígeno", la elevación de la cifra de tensión arterial, se manejó con administración de sedación con midazolam y fentanilo logrando mejoría a 130/80 mmHg.

²² La anestesia neuroaxial se trata de una técnica, en la cual se administra medicación en el espacio epidural (anestesia epidural) o en el espacio subaracnoideo (anestesia espinal), con el fin de producir una combinación de bloqueo sensitivo o motor en una determinada región del cuerpo. La posición del paciente es probablemente uno de los determinantes más importantes de una anestesia neuroaxial exitosa y existen tres formas de posicionar pacientes para una punción espinal: sentado, decúbito lateral y decúbito prono; el decúbito lateral permite una sedación más profunda, con un paciente más comfortable aun cuando esté

cambiar a anestesia general balanceada para poder continuar con la cirugía ortopédica.

45. Debido a que la posición descrita es indispensable para alcanzar un adecuado efecto anestésico, la falta de cooperación del paciente para mantenerla o sus variantes, se considera una contraindicación absoluta y, en consecuencia, debe realizarse un cambio de conducta perioperatoria, específicamente modificar la modalidad de anestesia, decisión terapéutica que por sí misma, no representa ninguna irregularidad en el manejo del paciente.

46. En la misma nota de Anestesiología elaborada el 12 de julio de 2022, por AR2 se indicó que se cambió de técnica anestésica a anestesia general Balanceada²³, administrando fentanil, propofol y rocuronio²⁴, ventilando con mascarilla facial y oxígeno a 03 litros por minuto, para posteriormente realizar laringoscopia e introducir tubo endotraqueal; de acuerdo a lo plasmado por AR2, al intentar introducir el tubo endotraqueal número 7.5 no se logró avanzarlo por la vía aérea, procediendo a introducir un tubo de calibre más pequeño (07 y 06), es decir, se realizaron tres intentos sin obtener éxito, por lo que AR2 realizó video laringoscopia, visualizando "masa anormal de lado izquierdo, atrás de cuerda vocal izquierda, siendo imposible la intubación, por lo que se decide realizar emersión farmacológica²⁵".

47. En el presente caso, V no respondió favorablemente a la administración de

más sedado, requiriendo menos ayuda del asistente que colabora con la posición y en ella, los pacientes son puestos con su espalda paralela y al borde de la mesa de procedimientos, en posición fetal, arqueando la espalda, mientras se mantiene el cuello y las caderas flexionadas para poder acceder mediante punción al espacio subaracnoideo.

²³ Técnica anestésica que consiste en la utilización de una combinación de agentes intravenosos e inhalatorios para la inducción y el mantenimiento de la anestesia general. Es una de las técnicas anestésicas más frecuentemente utilizadas en la práctica clínica habitual.

²⁴ Relajante muscular.

²⁵ La emersión farmacológica, se refiere al despertar inmediato y corresponde a la recuperación de la autonomía en las funciones vitales del paciente, momento en el que está fuera de peligro, lo que permite el regreso a las salas de hospitalización.

prostigmina, medicamento que revierte el efecto de los inductores de anestesia que le fueron administrados inicialmente, por lo que AR2 inició ventilación con mascarilla y pese a ello, V presentó datos de dificultad respiratoria aguda con disociación toracoabdominal, pobre esfuerzo respiratorio y sin responder a los estímulos externos, manejándose mientras tanto con ventilación con mascarilla, permaneciendo en quirófano bajo vigilancia de AR2.

48. Debido a que V no era capaz de mantener una adecuada dinámica ventilatoria por sí mismo, AR2 del Servicio de Anestesiología informó la situación al jefe de ese Servicio, PSP27, se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General para la realización de traqueostomía para mantener un adecuado soporte ventilatorio en V, solicitando al mismo tiempo, el consentimiento bajo información a los familiares para la administración de anestesia local y sedación para la realización de traqueostomía, firmando de aprobación, en el formato PI en el que también se asentó que el procedimiento realizado sería traqueostomía y que se trataba de un procedimiento urgente; de acuerdo a la bibliografía médica, el procedimiento quirúrgico de traqueostomía, puede ser realizado únicamente por médicos cirujanos o especialistas en otorrinolaringología, existiendo también la traqueostomía percutánea, técnica que solo puede ser llevada a cabo por los médicos anesestesiólogos residentes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

49. La valoración por el Servicio de Cirugía General se llevó el 12 de julio de 2022 a las 13:00 horas, por AR3 quien plasmó en su nota que realizaría el procedimiento de traqueostomía, solicitando para ello el consentimiento informado para la cirugía, en la cual únicamente obra una firma sin nombre a pesar de que en su nota, AR3 indicó que quien autorizó fue VI4; debido a las malas condiciones de V la cirugía de artroplastia de rodilla fue diferida.

50. Llama la atención que aunque la traqueostomía fue requerida de urgencia, de

acuerdo con la hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico fue realizada por AR3 hasta las 13:15 horas, esto es, cuatro horas con veinte minutos después de identificarse vía aérea difícil y de solicitarse el procedimiento de traqueostomía, tiempo durante el cual V se mantuvo en quirófano, con ventilación apoyada de mascarilla facial, con saturaciones de oxígeno²⁶, por debajo del nivel óptimo, por valores de 82% (10:15 horas), 89% (11:30 horas), 82% (13:45 horas) de acuerdo a los datos plasmado en esa misma hoja de enfermería, es decir, el apoyo con mascarilla ventilatoria otorgado por AR2 resultaba ineficiente para mejorar las condiciones de V, permaneciendo en hipoxia, es decir, con un aporte insuficiente de oxígeno para mantener adecuadamente las funciones vitales.

51. Ahora bien, debido al retraso en la valoración por el Servicio de Cirugía General, y a que dicha situación no se encuentra justificada en ninguna nota médica, desde el punto de vista médico legal se estableció que el médico adscrito a esa especialidad durante el turno matutino del 12 de julio de 2022, y el Subdirector médico del turno incurrieron en inobservancia al punto 5.1.15 del P-IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria, que menciona "las interconsultas urgentes se realizarán de forma expedita y en caso de no tener disponibilidad en ese momento del Médico No Familiar solicitado, el Subdirector Médico o Coordinador Clínico de Turno evaluarán el caso de forma individual y realizarán las gestiones necesarias para solicitar enlace con otra unidad médica, para que se lleve a cabo la interconsulta", de lo cual, en el presente caso, no existe constancia; también, incumplieron con el artículo 4.1.1 de la NOM-de la Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, debido a la falta de atención oportuna de

²⁶ La mayoría de las personas necesita un nivel mínimo de saturación de oxígeno del 89% para que sus células se mantengan saludables. Se considera que tener niveles más bajos de saturación de oxígeno en la sangre durante un periodo de tiempo corto no causa daños; sin embargo, si esto ocurre con frecuencia, puede dañar o provocar un esfuerzo excesivo a las células del organismo.

la urgencia médica.

52. La traqueostomía descrita se realizó a las 13:15 horas sin incidencias, egresando V a sala de recuperación conectado a ventilador, con respiraciones limitadas, tos débil y tensión arterial en cifras de control y saturación de oxígeno de 91%, posteriormente egresó a piso de Cirugía General, solicitando AR3 valoración por los Servicios de Medicina Interna y Neurología.

53. El ingreso de V al piso del Servicio de Cirugía General ocurrió el 12 de julio de 2022, donde se llevó a cabo la valoración por un médico adscrito a la especialidad de Medicina Interna, quien indicó que fue interconsultado debido a que V se encontraba con traqueostomía, debido a que cursó con insuficiencia respiratoria aguda a descartarse un evento vascular cerebral²⁷; describió a V sin signos neurológicos que sustentaran la sospecha diagnóstica de accidente cerebrovascular, señalando debido a los antecedentes debía considerarse como primera probabilidad encefalopatía anoxo-isquémica²⁸, sugiriendo como plan terapéutico mantener sedación 24 horas como medida de neuroprotección y posteriormente realizar ventana neurológica; es decir, disminución de la sedación para evaluar la presencia de automatismo ventilatorio, además de solicitar tomografía de cráneo simple, quedando en tratamiento, medicación y medidas generales²⁹.

²⁷ Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente; Se clasifica en 2 subtipos: 1) Isquémica cerebral transitoria: Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo. Los síntomas duran unos pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas. Es considerada como una urgencia médica; Infarto Cerebral: Aparece cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción, que puede ser causada por grasa o sangre, en un vaso sanguíneo. 2) Hemorragia: Se presenta cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

²⁸ La encefalopatía anoxo-isquémica sugerida como diagnóstico presuntivo en V, se trata de una lesión cerebral, resultante de la disminución de flujo sanguíneo, entrada de oxígeno o ambos, después de cualquier evento agudo que comprometa la función cardiopulmonar (paro cardiorrespiratorio, asfixia, etc.), y cuya sintomatología dependerá del tiempo de restricción de oxígeno.

²⁹ Signos vitales por turno, parámetros ventilatorios dinámicos y toma de glucosa capilar por turno.

54. En una nueva valoración por personal médico del Servicio de Medicina Interna realizada el 13 de julio de 2022 a las 13:10 horas, PSP11 describió a V con datos indicativos de choque distributivo, reiteró la necesidad de contar con la tomografía de cráneo y solicitó valoración por el Servicio de Terapia Intensiva, así como toma de nuevos estudios de laboratorio, desconociéndose el motivo por el cual no se solicitó valoración a la Unidad de Cuidados Intensivos una vez que se realizó la traqueostomía a V, en lugar de egresarlo al Servicio de Cirugía General, ya que la Terapia Intensiva es el lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubica el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del paciente en estado agudo crítico.

55. Como en el presente caso, retrasándose su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta las 15:00 horas del 13 de julio de 2022, cuando fue valorado por PSP12 de esa especialidad, quien señaló que requería del reporte de la tomografía de cráneo para valorar adecuadamente a V; a las 19:17 horas del mismo 13 de julio de 2022, se realizó el estudio de imagen que reportó atrofia cortical leve, sin evidencia de lesión estructural, descartando así un accidente vascular cerebral, pero estableció datos de encefalopatía anoxo-isquémica derivada de la vía aérea difícil no prevista en V el 12 de julio de 2022, por lo que a las 20:38 horas, PSP12 indicó que V ingresaría al Servicio de Cuidados Intensivos, concretándose el movimiento de V a las 21:30 horas de esa misma fecha, para brindarle cuidados neurológicos y ventilación mecánica protectora pulmonar, iniciar dieta enteral por sonda nasogástrica, control de líquidos intravenosos, sedación consciente³⁰ (Propofol y dexmedetomidina), analgesia (buprenorfina, paracetamol y metamizol), apoyo vasopresor (norepinefrina), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), tiamazol (antitiroideo), glucometría capilar por turno, y cuidados de traqueostomía, añadiendo que el pronóstico neurológico de V resultaba incierto, con alta

³⁰ La sedación consciente es una combinación de un fármaco que ayuda a relajarse (un sedante) y otro que se encarga de bloquear el dolor (un anestésico) durante un procedimiento.

posibilidad de presentar falla orgánica múltiple relacionada a la hipoxemia e hipoxia cerebrales³¹.

56. Por lo tanto, desde el punto de vista médico legal se establece que, existió dilación en el manejo de V, ya que AR3 no solicitó que V fuera valorado en el Servicio de Medicina Intensiva, desde que se concluyó el procedimiento de traqueostomía, siendo que V sí presentaba criterios de ingreso a ese Servicio, retrasando su manejo especializado desde las 13:45 horas del 12 de julio de 2022, que fue realizada la traqueostomía hasta las 21:30 horas del 13 de julio de 2022, que ingresó a ese servicio (31 horas con 45 minutos), situación que contribuyó a la persistencia de sus malas condiciones generales, deterioro y fallecimiento, ya que en ese servicio V fue descrito con ventilador bajo sedación, analgesia y apoyo aminérgico (norepinefrina) por hipotensión de 81/43 mmhg que posteriormente mejoró a 132/78 mmHg, pupilas de 02 milímetros con poca respuesta al estímulo luminoso y reflejos del tallo conservados, sin otras alteraciones cardiopulmonares o a otro nivel, estableciendo los diagnósticos de probable encefalopatía anoxo-isquémica por hipoxemia severa, condicionada por vía aérea difícil y posoperado de traqueostomía.

57. El 14 de julio de 2022 a las 20:00 horas, PSP12 describió que se había intentado la emersión del efecto de sedación; sin embargo, V no mostró una respuesta favorable, presentando supravversión³² en la mirada primaria con movimientos de flexo extensión en las cuatro extremidades y sin obedecer órdenes; pupilas isocóricas de 02 milímetros, dependiendo del ventilador mecánico, agregando que V presentó mala dinámica ventilatoria debido a que la cánula que portaba, no era de traqueostomía, especificando que se trataba de "una cánula orotraqueal del número 05 cortada y adaptada de manera

³¹ falta de aporte de oxígeno a los tejidos.

³² La supravversión de la mirada es una elevación anormal de los ojos al abrirlos, haciendo que automáticamente la mirada se dirija hacia arriba.

improvisada, y que por ello, se desplazaba al bronquio derecho generando más irritación bronquial", por lo que solicitó al Servicio de Cirugía General el cambio de la cánula de traqueostomía por una más grande para evitar el incremento de resistencia de la vía aérea.

58. Respecto de la falta de cánulas adecuadas para ventilación mecánica en V, repercutió en que se le colocara una cánula inadecuada y de menor calibre al requerido (aunque fuera temporalmente) lo que ocasionó incremento de la resistencia en la vía aérea y atrapamiento de aire, por tal motivo, el personal médico administrativo del HGZ-83, incurrió en inobservancia al artículo 26 del Reglamento de la LGS, repercutiendo en el deterioro de las condiciones clínicas de V al permanecer con mala dinámica ventilatoria, desconociendo el motivo por el cual AR3 del Servicio de Cirugía General, no plasmó en su nota postquirúrgica de 12 de julio de 2022, que la cánula colocada se trataba de una cánula orotraqueal improvisada y no de una cánula traqueoesofágica, omitiendo señalar que V requeriría de la colocación de una cánula adecuada, a la brevedad; del mismo modo, se inobservó el artículo 26 del mismo Reglamento, ya que de acuerdo a las hojas de enfermería durante el turno matutino del 14 de julio de 2022, no se contaba con médicos de guardia adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo el Subdirector médico quien ordenaba dar continuidad a las indicaciones establecidas en turnos previos, siendo esta última una inobservancia administrativa que no repercutió en la evolución clínica del paciente.

59. El 15 de julio de 2022 a las 06:45 horas, se programó a V para recambio de tubo y colocación de cánula de traqueostomía, señalando PSP14 adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, que una vez recolocada la cánula, se evaluaría su egreso al piso de Medicina Interna para realizar electroencefalograma y evaluación de daño cerebral, pero a las 18:30 horas del mismo día, PSP12 indicó que aunque ya se había planeado el recambio de cánula, el diámetro traqueal máximo del paciente era de 08-09 milímetros,

de acuerdo a la medición realizada por tomografía, sin que se especificara en qué momento fue practicado dicho estudio, motivo por el cual se difirió el procedimiento quirúrgico, al no existir cánula del tamaño necesario, por lo tanto, ante la imposibilidad del recambio de cánula, se estableció como plan terapéutico esperar 3 a 4 días más para evaluar mejoría de la condición neurológica e intentar nuevamente emersión agregando que V presentaba mal pronóstico funcional y vital debido al diagnóstico de encefalopatía anoxico-isquémica.

60. El 16 de julio de 2022, V evolucionó sin interacción con el medio, movilizándolo extremidades, retirando al estímulo algíco³³, con periodos de agitación psicomotriz atribuidos a la encefalopatía hipóxica, ameritando bolos de rescate con propofol³⁴ ante riesgo de decanulación por traqueostomía con cánula improvisada de tubo oro-traqueal que no le ajustaba adecuadamente, ventilación mecánica en modalidad asistido-controlada con secreciones moderadas, campos pulmonares con estertores subcrepitantes³⁵, gruesos, de predominio en hemitórax izquierdo, afebril, pero con elevación de leucocitos a 12000 (normal 6-10 mil), por lo que se inició cobertura antibiótica; a las 15:29 horas de ese mismo día, PSP16 adscrito al Servicio de Cirugía Oncológica valoró a V, sin palpar adenopatías a nivel cervical ni la glándula tiroides, que V requería recambio de cánula de traqueostomía con apoyo con laringo o broncoscopia, reiterado que en ese momento no contaban con médico adscrito al turno de la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que sugirió envió de V al HGR-01.

61. La evolución de V se mostró tórpida, dependiendo del ventilador mecánico, con apertura espontánea de párpados, adecuado ritmo cardíaco y normalización de las cifras de leucocitos; el 16 de julio de 2022, durante el turno matutino, nuevamente en la hoja

³³ Algíco: Que está en relación con el dolor.

³⁴ Anestésico de acción corta.

³⁵ Ruidos chasqueantes, audibles en vías respiratorias, derivado de la acumulación de secreciones.

de enfermería se asentó "se avisa a Médico Coordinador de urgencias, PSP28 y a PSP2 sobre datos de manejo, sin médico de guardia en la UCI para conocimiento de paciente crítico", continuando por lo tanto con las mismas indicaciones previas; a las 23:35 horas, PSP18 del Servicio de Terapia Intensiva, comentó en su nota que V fue sometido a diversos estudios de gabinete para valorar la función cardiopulmonar, entre ellos, el protocolo de Volpicelli³⁶ que evidenció ausencia de derrame pleural así como ecocardiograma FOCUS que evidenció signo de "kissing Walls³⁷" y colapso de la vena cava en inspiración, signo indicativo de choque hipovolémico, por lo que se brindaron administraciones periódicas de bolos de líquidos intravenosos y se suspendió el diurético.

62. El manejo de V se mantuvo sin cambios el 17 de julio de 2022, y al día siguiente, 18 de julio de 2022 a las 06:45 horas, PSP14 indicó que V se encontraba hemodinámicamente estable; PSP19 también adscrito a ese Servicio describió que, V continuaba tolerando adecuadamente la prueba de ventilación espontánea, tosiendo y deglutiendo sin más alteraciones, por lo que progresó a colocación de tienda de traqueostomía; pero a pesar de esto, a las 23:43 horas del 18 de julio de 2022, PSP18 de Terapia Intensiva mencionó que V inició durante el turno nocturno con datos de dificultad respiratoria por polipnea de 45 respiraciones por minuto (normal 12-18), con desesperación y refiriendo que no podía ventilar, procediendo PSP18 a sacar el tubo empleado como cánula de traqueostomía, identificando que se encontraba abocado al bronquio derecho, obteniendo abundantes secreciones que tapaban la totalidad del tubo endotraqueal, aspirándolo en varias ocasiones, y posteriormente reiniciando sedación leve y ventilación mecánica por el riesgo de fracaso ante diámetros muy pequeño del tubo orotraqueal empleado como cánula, reiterando la necesidad de colocarle a V una

³⁶ Protocolo de ecografía torácica.

³⁷ Evidencia mediante ecocardiograma cardíaco de contacto de músculos papilares entre si durante la sístole.

cánula de traqueotomía de calibre normal, debido a la que tenía colocada existía el riesgo de obstrucciones, incluso con pequeñas secreciones.

63. Así, V evolucionó tórpidamente, ya que a las 04:00 horas del 20 de julio de 2022, de acuerdo con la nota elaborada por PSP15 del servicio de Terapia Intensiva, V presentó disociación toracoabdominal, uso de músculos accesorios y broncoespasmo pero sin datos de hipoxemia, que mejoró con la administración de esteroides y micronebulizaciones; PSP12 del mismo servicio, indicó que, ya contaban con cánula traqueoesofágica del número 6 para ser colocada a V, lo cual se llevó a cabo en esa misma fecha por AR3 previa firma del familiar de V; cabe resaltar que, este procedimiento quirúrgico de recolocación de cánula traqueoesofágica ocurrió 8 días después de haberse solicitado, y de requerirse también el traslado de V a otra unidad médica de mayor capacidad resolutive para su colocación, tiempo durante el cual V se mantuvo con inadecuada dinámica ventilatoria derivado de la falta de recursos físicos del hospital, situación que repercutió en el deterioro de sus condiciones físicas, por no resolverse el estado de hipoxemia que presentaba, principalmente a nivel cerebral.

64. PSP14 mencionó por primera vez que V presentaba "hipoacusia bilateral, siendo mayor de lado derecho", sin especificarse como se determinó ni el grado de la misma, lo cual llama la atención ya que en el escrito de queja, los familiares de V aseveraron que durante la cirugía inicial el 12 de julio de 2022, V no cooperó para mantener la posición inicial para aplicar la anestesia neuroaxial, debido a que "no escuchaba", sin embargo, de notas subsecuentes se desprende que V era cooperador durante la exploración física, interactuaba con el médico tratante y respondía órdenes verbales.

65. El 22 de julio de 2022 a las 13:00 horas, PSP19 describió a V con sedo-analgésia con dexmedetomidina, portando cánula de traqueostomía permeable, agregó que V nuevamente requirió ser conectado al ventilador, con campos pulmonares y ruidos

cardiacos sin alteraciones, afebril, bajo esquema antimicrobiano, con elevación de leucocitos a 18.48 mil (normal 6-10 mil), disminución de hemoglobina 10.7 g/dl (normal 12-18 g/dl) y sin manejo indicado para la anemia. Una vez más, se mencionó que durante los turnos del fin de semana del 23 al 24 julio de 2022, en la Terapia Intensiva no se contó con médico adscrito al turno y que en ese momento se egresaba a V al piso de Traumatología y Ortopedia debido a que contaban con más que ofrecerle en su Servicio, para continuar con protocolo de estudio para masa tumoral de cuerdas vocales, quedando su pronóstico reservado a la identificación de la etiología de dicha tumoración; se desconoce el motivo por el que se decidió que, V fuera egresado al Servicio de Traumatología y Ortopedia.

66. Desde el punto de vista médico legal, es posible establecer que el personal médico administrativo del HGZ-83, incurrió en inobservancia al artículo 26 del Reglamento de la LGS, debido a que no contaban con médico adscrito a diversos turnos en la Unidad de Cuidados Intensivos, situación que condicionó que no se realizaran modificaciones oportunas en el manejo médico de V, y no se establecieron medidas para descartar el origen de las secreciones aparentemente purulentas, ya que no fueron solicitadas radiografías de tórax ni se recabaron los resultados de los cultivos de secreción bronquial, repercutiendo en el deterioro de las condiciones clínicas de V al permanecer con mala dinámica ventilatoria y un proceso infeccioso agregado.

67. A pesar de que se egresó desde la Unidad de Terapia Intensiva al Servicio de Traumatología y Ortopedia por aparente mejoría el 23 y 24 de julio de 2022, V se mantuvo bajo ventilación mecánica en modalidad asisto-controlado, con parámetros respiratorios ajustados por el Servicio de Medicina Interna, quien continuó con las mismas indicaciones, sin hacer modificaciones al manejo, lo cual llama la atención ya que en la hoja de enfermería de esos mismos días, se plasmó que V presentó desaturaciones de hasta 53%, que requirió de la modificación de los parámetros establecidos; es decir, sus

malas condiciones respiratorias persistían, sin que desde su egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos el 22 de julio de 2022, se hiciera mención sobre la necesidad de revisión de la cánula orotraqueal indicada por PSP12 ante el antecedente vía aérea difícil y mala dinámica ventilatoria persistente, omitiendo los médicos del Servicio de Traumatología y Ortopedia adscritos el 22, 23, 24 y 25 julio de 2022, solicitar el cambio de V al piso de Medicina Interna para mejorar sus condiciones ventilatorias y dar continuidad al protocolo de estudio que ameritaba V para la encefalopatía hipóxica isquémica y para identificar el origen de la masa tumoral en cuello mediante la realización de broncoscopia, existiendo por ello una dilación injustificada en el tratamiento de V al no considerar sus antecedentes para implementar oportunamente las actividades curativas de la atención médica, que de acuerdo a la fracción II del artículo 8 del Reglamento de la LGS, existiendo por ello un incumplimiento en la obligación de atención médica hacia el paciente.

68. Fue hasta el 25 de Julio de 2022, que PSP19 revaloró a V, reiteró que no contaba con indicaciones por parte de ningún Servicio, es decir, continuaba bajo sedación; al día siguiente, personal médico que colocó su nombre de manera ilegible en la nota que elaboró adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia señaló que, V no ameritaba tratamiento por su especialidad por lo que solicitaba su cambio, sin especificar a que Servicio, además requirió que fuera valorado por el Servicio de Cirugía General, ya que la cánula de traqueostomía nuevamente estaba disfuncional, sin especificar más datos en su nota; en la hoja de enfermería de esa fecha, se describió a V inquieto, con abundantes secreciones por traqueostomía, sin identificarse adecuadamente el reporte de oximetrías, debido a la mala calidad de las copias que integran el expediente clínico y sin existir constancias adicionales en las notas médicas del Servicio de Traumatología y Ortopedia.

69. En esa misma fecha desconociéndose la hora, PSP22 señaló que, V cursaba con

disfunción de traqueostomía y falla en el acoplamiento con el ventilador mecánico, señalando como opción terapéutica colocación de cánula tipo Shiley³⁸, llevándose a cabo el recambio de cánula el 26 de julio de 2022 a las 12:00 horas, describió como hallazgos "traqueostomía disfuncional, cánula de 06 milímetros de diámetro, corta en relación con el cuello y el estoma del paciente", es decir, que durante la cirugía de recambio de cánula de traqueostomía realizada el 20 de julio de 2022 por AR3, también le fue colocada a V una cánula que no era la adecuada para sus condiciones anatómicas, ya que era de menor longitud a la requerida, omitiendo revalorar a V para identificar que la cánula fuera la adecuada, situación que contribuyó a la persistencia de sus malas condiciones clínicas, por favorecer su mala dinámica ventilatoria.

70. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que del procedimiento de recolocación de cánula traqueoesofágica el 26 de julio de 2022, no existe descripción de los hallazgos en el expediente clínico analizado, encontrándose únicamente en la nota de las 12:50 horas de esa fecha, elaborada por PSP22 las indicaciones médicas de mantener soluciones intravenosas y aspiración por turno, inhaloterapia con aspiración por razón necesaria, cuidados de traqueostomía y nebulizar con combivent (broncodilatador y desinflamatorio), egresándose de quirófano al piso de Traumatología y Ortopedia sin transferirse al Servicio de Medicina Interna para mejorar sus condiciones ventilatorias y dar continuidad al protocolo de estudio que ameritaba V para identificar el origen de la masa tumoral en cuello con broncoscopia, así como a la encefalopatía hipóxica isquémica; el 27 de julio de 2022, personal médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia reiteró que V ya no requería manejo por su Servicio, continuando con las mismas indicaciones médicas.

³⁸ Los tubos de traqueostomía de doble cánula de longitud extendida ofrecen una solución conveniente y económica para pacientes difíciles de ajustar. Los tubos Shiley están disponibles con longitud extendida en las porciones proximal o distal con la finalidad de acomodar el aumento de las distancias de la piel a la pared traqueal en pacientes con un cuello completo o grueso. Los tubos con longitud distal extendida compensan condiciones como la estenosis traqueal o la malacia, que a menudo requieren una longitud extra.

71. El 28 de julio de 2022, V fue valorado por PSP23 del servicio de Medicina Interna, ya que aún no se concretaba su transferencia de servicio, describió que todavía se encontraba sedado y bajo ventilación mecánica, pero obedecía órdenes, y saturaba al 93%, por lo que, con la finalidad de dar continuidad a su protocolo de estudio de tumoración en cuello, adecuadamente solicitó tomografía de cuello, la cual fue realizada el 29 de julio de 2022, por PSP24, reportando "datos sugestivos de edema de epiglotis y de las cuerdas vocales con disminución de la amplitud de su espacio. No se delimita lesión tumoral.

72. En esa fecha no existe otra nota adicional de revaloración de V por parte de médicos adscritos al Servicio de Traumatología y Ortopedia, interconsultas a otros Servicios para su valoración, ni hojas de enfermería, situación que se repitió el 30 de julio de 2022, por lo que se desconoce si se modificó el tratamiento antimicrobiano para la neumonía bilateral nosocomial³⁹, así como las condiciones que presentó V, existiendo por ello un incumplimiento en las obligación de atención médica hacia el paciente siendo posible señalar únicamente que se mantuvo con las mismas indicaciones médicas; el 31 de julio de 2022, PSP25 del Servicio de Traumatología y Ortopedia, describió a V reactivo, despierto, obedeciendo comandos, conectado a ventilador mecánico por traqueostomía, sin identificarse alguna indicación quirúrgica, solicitó el cambio de V al Servicio de Medicina Interna, y sin modificar las indicaciones médicas previas; esa nota llama la atención, ya que en ella no se encuentran descritos los signos vitales de V, aunado a que en el expediente clínico analizado, no existe hoja de enfermería ni hoja de indicaciones medicas de esa fecha, desconociéndose la evolución que V tuvo hacia el deterioro y cómo fue manejada, por lo que desde el punto de vista médico legal, se establece que los médicos adscritos al Servicio de Traumatología que intervinieron en la atención médica brindada a V el 29, 30 y 31 de julio de 2022, omitieron brindar los

³⁹ Infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de 2 o más días a partir del ingreso.

servicios de atención médica⁴⁰ y dar seguimiento estrecho a los cuidados necesarios que requería el paciente grave, así como al seguimiento que ameritaba por parte del personal médico, realizando una vigilancia deficiente de V pese a sus condiciones clínicas, situación que contribuyó a su deterioro y posterior fallecimiento.

73. El certificado de defunción, elaborado por PSP25, médico no familiar adscrito a la Jefatura de Enseñanza, quien asentó como causas del fallecimiento, encefalopatía anóxica secundaria a insuficiencia respiratoria por vía aérea difícil de 18 días de evolución, lo cual también resalta, ya que el evento de hipoxia que dio origen a la serie de eventos patológicos de V, ocurrió alrededor de las 08:55 horas del 12 de julio de 2022, por lo que para el momento de su fallecimiento, habían transcurrido más de 19 días, existiendo inespecificidad al plasmar el intervalo de tiempo entre la aparición de cada estado morbosos señalado y la muerte de V, situación administrativa que no repercutió en el manejo de V y que sólo evidencia un mal llenado del certificado de defunción.

74. En el presente caso, además de las múltiples omisiones descritas en párrafos previos, el expediente clínico analizado evidencia que desde el egreso de V de la Unidad de Cuidados Intensivos del 22 de julio de 2022, no se le dio seguimiento a la verificación de funcionalidad de la cánula orotraqueal ante el antecedente vía aérea difícil ni a la mala dinámica ventilatoria persistente, omitiendo el personal médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia el 22, 23, 24 y 25 julio de 2022, solicitar el cambio de Servicio al Servicio de Medicina Interna para mejorar sus condiciones ventilatorias y dar continuidad al protocolo de estudio que ameritaba para identificar el origen de la masa tumoral en cuello con broncoscopia, hasta el 26 de julio de 2022, que se requirió su transferencia al Servicio de Medicina Interna sin concretarse el mismo, evaluándolo el

⁴⁰ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. V.- servicio de atención médica. - El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de estos.

personal médico del Servicio de Medicina Interna mediante una interconsulta el 28 de julio de 2022, y sin que exista evidencia documental que V fuera valorado por algún servicio el 29, 30 y 31 de julio de 2022, por lo que desde el punto de vista médico legal, se establece que los médicos adscritos al Servicio de Traumatología y Ortopedia, que intervinieron en la atención de V del 22 al 31 de julio de 2022, mantuvieron una actitud contemplativa ante el cuadro clínico grave de V omitiendo otorgarle la atención médica que requería, ni verificar que se trasladara al Servicio indicado para dar seguimiento adecuado a su protocolo de estudio, incumpliendo con su obligación de medios (ejecución de acciones y procedimientos médicos acordes con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (Gutiérrez, 2018)), con las fracciones II y III del artículo 8⁴¹ del Reglamento de la LGS, situación que contribuyó al deterioro de sus condiciones clínicas y a su posterior fallecimiento.

75. Finalmente, se indicó que el personal médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia, del turno del 29, 30 y 31 de julio de 2022, incumplió con el artículo 8.3 de la NOM-del Expediente Clínico, que mencionó que la persona médica tratante deberá elaborarla cada vez que proporcione atención al paciente, al menos una vez al día, esto, en relación a la falta de notas médicas, así como por la elaboración de éstas, con nombre ilegible del médico; el personal médico del Servicio de Cirugía General inobservó el artículo 6.1 de esa misma Norma Oficial, al elaborar la Historia Clínica con datos incorrectos y completamente inespecíficos, ya que aunque el formato se encuentra con los datos generales del paciente, la información plasmada en los rubros de antecedentes no corresponde con el agraviado.

⁴¹ ARTICULO 8º.- Las actividades de atención médica son: II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de estos; y III.- DE REHABILITACIÓN: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

76. El derecho humano a la vida implica que toda persona disfrute de un ciclo existencial el cual no pueda ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

77. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria; así como el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción; o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.⁴²

78. La CrIDH ha considerado que:

*“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile)”.*⁴³

79. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y

⁴² CNDH, Recomendación 53/2022, párrafo 56.

⁴³ “Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana⁴⁴; en el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2 y AR3, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

80. Este Organismo Autónomo, con base en el expediente clínico, pudo establecer que la atención proporcionada a V en el HGSMF-24 y HGZ-83, fue inadecuada, debido a que AR2 adscrito al Servicio de Anestesiología, quien llevó a cabo el procedimiento anestésico el 12 de julio de 2022, se basó completamente en la valoración preanestésica elaborada por AR1 el 28 de junio de 2022, omitiendo considerar el antecedente de hipertiroidismo con bocio multinodular ni ahondó en la exploración física de V, en el que finalmente, si se identificó vía aérea difícil por la presencia de una tumoración en cuello, por lo que no estableció un plan anestésico adecuado, situación que repercutió en el deterioro de las condiciones clínicas de V y en su posterior fallecimiento.

81. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se pudo establecer que desde el 22 de julio de 2022, el personal médico del Servicio de Traumatología y Ortopedia que intervinieron en la atención otorgada a V del 22 al 31 de julio de 2022, omitieron solicitar el cambio de Servicio de V al piso de Medicina Interna para dar seguimiento a la necesidad de revisión de la cánula orotraqueal e implementar el manejo que requería manteniendo una conducta contemplativa hacia V durante esos días, incumpliendo con su obligación de médicos y la fracción II del artículo 8 del Reglamento de la LGS, situación que contribuyó al deterioro de sus condiciones clínicas y a su posterior fallecimiento el día 31 de julio de 2022, aproximadamente a las 17:10 horas.

⁴⁴ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

82. En consecuencia, de conformidad con lo establecido por esta CNDH en su Opinión Médica la falta de valoración preanestésica por parte de AR1 del HGSMF-24, la exploración física inadecuada por parte AR2 del Servicio de Anestesiología de HGZ-83, la dilación en el manejo de V por parte de AR3, así como una conducta contemplativa por parte del personal médico del Servicio de Traumatología y Ortopedia de HGZ-83 que intervinieron en la atención otorgada a V del 22 al 31 de julio de 2022, lo llevo a su deceso; contraviniéndose con ello lo señalado en los artículos 26 y 74 del Reglamento de la LGS, así como al artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

83. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2 y AR3, así como personal médico del Servicio de Traumatología y Ortopedia de HGZ-83 que intervinieron en la atención otorgada a V del 22 al 31 de julio de 2022, vulneraron los derechos a la protección de la salud de V y como consecuencia de ello a la vida, previstos en el numeral 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 y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; en concordancia con los diversos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto Constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 23 y 27, fracciones III; 32, 33 fracción II, y 51 párrafo primero de la Ley General.

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

84. 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

CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria y adecuada por parte del personal médico de HGSMF-24 y HGZ-83, realizando de manera diligente la valoración preanestésica, la exploración física por parte del Servicio de anestesiología y la atención médica a V.

85. 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.

86. 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”.

87. Los artículos 17, párrafo primero, del “Protocolo de San Salvador”; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar

un envejecimiento activo y saludable.

88. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁴⁵, explica con claridad que “para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.”⁴⁶

89. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria por tratarse de una persona adulta mayor, se debió llevar a cabo de manera diligente la valoración preanestésica, la exploración física completa por parte del servicio de anestesiología y la atención médica adecuada a V, así como agilizar la implementación de las medidas diagnósticas o terapéuticas para dar el seguimiento médico adecuado a V.

90. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 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

⁴⁵ Publicado el 19 de febrero de 2019.

⁴⁶ CNDH, párrafo 418, pág. 232

ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona”.⁴⁷

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

91. Aunado a lo anterior, de las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió una inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico, por parte del personal médico y/o enfermería adscritos a HGSMF-24 y HGZ-83.

92. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho al libre acceso a información.⁴⁸

93. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁴⁹ párrafo 27, consideró que “(...) el derecho a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia, son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”

94. Resulta aplicable 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*

⁴⁷ 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 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-persona#:~:text=1%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

⁴⁸ Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.

⁴⁹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas 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.”⁵⁰

95. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas 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. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.⁵¹

96. La NOM “Del expediente clínico”, establece que:

“El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, ... 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 (...).”⁵²

97. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que:

⁵⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁵¹ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁵² Prefacio de la NOM-004-SSA3-2012.

“la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”.⁵³

98. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales; y, 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente; y, e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁵⁴

D. 1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

99. Las irregularidades descritas en la elaboración del expediente clínico de V, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional, se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

100. El personal médico especializado de esta CNDH destacó omisiones a los

⁵³ CNDH. Recomendación General 29/2017.

⁵⁴ CNDH, párrafo 34.

lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, a saber:

100.1 De la atención médica otorgada a V, de las notas que obran en el expediente clínico, se extrajo que, el 3 de marzo del 2017, derivado de la revaloración en el servicio de endocrinología, se modificó el diagnóstico de enfermedad de Graves, a tirotoxicosis con bocio multinodular con datos de hipertiroidismo por medicamentos⁵⁵ (sin que se haya especificado o exista en la nota médica la referencia sobre el medicamento probable de esta sospecha diagnóstica).

100.2 También, el consentimiento informado para el procedimiento de anestesia fue llenado de manera incompleta por AR1 ya que no cuenta con su nombre y firma, ni el llenado de los datos adicionales que integran el formato, incurriendo por ello en inobservancia de la NOM-del Expediente Clínico.

100.3 El personal médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia de HGZ-83, de turno del 29 al 31 de julio de 2022, incumplió con el artículo 8.3 de la NOM-del Expediente Clínico, que menciona que el médico tratante deberá elaborarla cada vez que proporcione atención al paciente, al menos una vez al día, esto, con relación a la falta de notas médicas, así como por la elaboración de éstas, con nombre ilegible del médico.

100.4 Además, el personal médico del servicio de Cirugía General de HGZ-83 inobservó el artículo 6.1 de la NOM-del Expediente Clínico, al elaborar la historia clínica con datos incorrectos y completamente inespecíficos, ya que aunque el formato se encuentra con los datos generales de V, la información plasmada en los rubros de antecedentes no corresponde con el agraviado al señalar “*sin*

⁵⁵ El hipertiroidismo también puede ser causado por tomar demasiado medicamento con hormona tiroidea para tratar el hipotiroidismo. Esto se denomina hipertiroidismo provocado (NHI, 2022).

antecedentes patológicos, crónicos degenerativos, antecedentes quirúrgicos con dos cesáreas”, situación que nuevamente evidencia el poco apego al paciente durante su internamiento hospitalario.

101. Si bien las omisiones antes descritas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5 a que conocieran la verdad; 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.

102. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada y debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

103. Sin duda, las irregularidades señaladas en la integración del expediente clínico constituyen una constante preocupación para este Organismo Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporciona en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

104. La sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de la CrIDH, reconoce que:

“(…) 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.

105. Derivado de todo lo anterior, se observa que de las evidencias de las cuales se allegó esta Comisión Nacional, el personal adscrito a HGSMF-24 y HGZ-83, omitió elaborar algunas notas médicas, así como establecer el nombre completo y datos de identificación en algunas de las notas medicas de la atención brindada a V, por lo que incumplieron con lo establecido en la normatividad nacional e internacional sobre la integración del expediente clínico, vulnerando así el derecho humano de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, y sus familiares QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5.

106. En consecuencia, tales hechos deberán ser investigados, toda vez que el personal médico de HGSMF-24 y HGZ-83, al omitir brindar información completa y oportuna sobre el estado de salud de V, vulneró el derecho a la información en materia de salud.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

107. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, provino de una inadecuada atención médica en agravio de V que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida

de su vida, concretamente en lo siguiente:

107.1 AR1 durante la valoración preanestésica elabora el 28 de junio de 2022, omitió indagar en el antecedente de hipertiroidismo por bocio multinodular y, en consecuencia, no se siguió el protocolo para descartar vía aérea difícil, situación que repercutió directamente en el deterioro de las condiciones clínicas de V y en su fallecimiento; además de contar con evidencia de que el formulario de consentimiento informado para el procedimiento de anestesia fue llenado de manera incompleta.

107.2 AR2 quien llevó a cabo el procedimiento anestésico el 12 de julio de 2022, incumplió con el punto 37 del P-IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans- operatoria, y post- operatoria, ya que se basó completamente en la valoración preanestésica elaborada por AR1 el 28 de junio de 2022, omitiendo considerar el antecedente de hipertiroidismo con bocio multinodular ni ahondó en la exploración física de V, en el que finalmente, si se identificó vía aérea difícil por la presencia de una tumoración en cuello, por lo que no estableció un plan anestésico adecuado, situación que repercutió en el deterioro de las condiciones clínicas de V y en su posterior fallecimiento.

107.3 AR3 no solicitó que V fuera valorado en el servicio de Medicina Intensiva, desde que concluyó el procedimiento de traqueostomía, retrasando su manejo especializado situación que contribuyó a la persistencia de sus malas condiciones generales de V.

108. Por lo que, este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con disciplina, legalidad, objetividad,

profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracción I, II y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

109. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan al EI1, radicado en el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2 y AR3, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V, ello con fundamento en lo dispuesto por el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas⁵⁶.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

110. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional: *“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Ley”.*

111. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos

⁵⁶ “Artículo 100. ...

Si no se encontraren elementos suficientes para demostrar la existencia de la infracción y la presunta responsabilidad del infractor, se emitirá un acuerdo de conclusión y archivo del expediente, sin perjuicio de que pueda abrirse la investigación si se presentan nuevos indicios o pruebas y no hubiere prescrito la facultad para sancionar. ...”

reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por México. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

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

113. 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.

114. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas de HGSMF-24 y HGZ-83, por violación al derecho humano 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, QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5.

115. Por lo que, esta Comisión Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo de las personas médicas del HGSMF-24 y HGZ-83, ya que, como se señaló en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se encuentran omisiones por parte de los médicos de los citados nosocomios, con respecto a los lineamientos de la NOM-del

Expediente Clínico⁵⁷, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente Recomendación.

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

117. En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, por parte de personal médico del HGSMF-24 y HGZ-83, al no integrar debidamente el expediente clínico, conforme a lo establecido en la CPEUM y en la NOM-del Expediente Clínico, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, a todas las personas derechohabientes, que garantice la no repetición de los hechos aquí plasmados.

118. También, se acreditó la responsabilidad institucional a personal médico y de dirección del HGZ-83, ya que la realización de traqueostomía de V, se llevó a cabo cuatro horas con veinte minutos después de identificarse la vía aérea difícil y de haberse solicitado el procedimiento urgente; así como la falta de cánulas oro-traqueales

⁵⁷ 6.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario. 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos; 6.2.5 Pronóstico; 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad. 7.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;

adecuadas para lograr una ventilación mecánica en V, ocasionando que se le colocara a V una cánula inadecuada, favoreciendo la aparición de compromiso ventilatorio; además, como se describió en el cuerpo de la presente Recomendación, no se contaba con médico adscrito a diversos turnos en la Unidad de Cuidados Intensivos y el personal médico del Servicio de Traumatología y Ortopedia, omitieron solicitar el cambio de servicio de V al piso de Medicina Interna.

119. A mayor abundamiento, el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, señala que el Instituto será corresponsable con los médicos, enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal, respecto de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes; por lo que, en el presente caso, las omisiones señaladas, constituyen responsabilidad institucional.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

120. 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 1, 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.

121. 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 I, II y VII, 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, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, 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, QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5 por lo que se deberá inscribir a V, así como a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Víctimas.

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

123. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH resolvió 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 (...) 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 (...)*⁵⁸

124. En ese tenor, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación integral de los daños ocasionados en los siguientes términos:

a. Medidas de Rehabilitación

125. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas; así como del artículo 21 de los Principios y Directrices del instrumento antes referido. La rehabilitación incluye la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.

126. En el presente caso, en coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5 la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de que la requieran, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para 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 QVI1, QVI2, QVI3,

⁵⁸ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301.

VI4 y VI5, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se deberá remitir las constancias respectivas, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b. Medidas de Compensación

127. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 de la Ley General de Víctimas; la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones 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.”*⁵⁹

128. 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, 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.

129. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V; así como, de QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de esa

⁵⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumentos recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

130. 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 dicha CEAV, 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.

131. De igual forma, en el caso de que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas 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 continúen con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por las víctimas, 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.

c. Medidas de Satisfacción

132. 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.

133. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, deberán colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios al expediente EI1, radicado en el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2 y AR3, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V; para lo cual, esta Comisión Nacional acorde al artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, remitirá copia de la presente Recomendaciones y las evidencias que la sustentan, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración en la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas; hecho lo anterior, remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, ello en cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

134. Adicionalmente, las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, deberán colaborar ampliamente con la integración y seguimiento de la CI1 que se encuentra en trámite ante la FGR, iniciada con motivo de los hechos denunciados por QVI1 en agravio de V; para lo cual, este Organismo Autónomo remitirá a la CI1, copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, con la finalidad que se tome en cuenta

en la citada indagatoria lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas; hecho lo anterior, remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, en cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

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

d. Medidas de no repetición

136. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir.

137. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS diseñen e impartan en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido a todo el personal médico de los servicios de Anestesiología del HGSMF-24, así como de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia del HGZ-83; en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar laboralmente activas, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el

derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las NOM-de la Regulación de los servicios de salud; NOM-Del expediente clínico; GPC de valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto; P-IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans- operatoria, y post- operatoria; y la LGS, 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. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

138. 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. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

139. También, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a todo personal médico de los servicios de Anestesiología del HGSMF-24, así como de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia del HGZ-83; en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar laboralmente activas, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los manejos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del expediente clínico; hecho lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición; hecho lo anterior, remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello para acreditar el cumplimiento del punto sexto

recomendatorio.

140. En razón a lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades en su respectivo ámbito de competencias, a fin de 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.

141. En consecuencia, esta Comisión Nacional le formula a usted, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES:

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a V, así como a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV y atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar la atención psicológica y/o tanatológica a QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, en caso de que lo requieran, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, esta atención 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 QVI1, QVI2, QVI3, VI4 y VI5, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con el OIC-IMSS, con el expediente administrativo EI1, para lo cual, esta Comisión Nacional acorde al artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, remitirá copia de la presente Recomendaciones y las evidencias que la sustentan a dicho EI1, justo para que ese OIC-IMSS determine lo que a derecho corresponda, además, ese Instituto deberá colaborar en el trámite y seguimiento del EI1, mismo que se inició en contra de AR1, AR2 y AR3, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V, a efecto de que dicha instancia tome en consideración en la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con los dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Colaborar ampliamente con la integración y seguimiento de la CI1 que se encuentra en trámite en la FGR; para lo cual, este Organismo Autónomo remitirá a la

CI1, copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, para que se tomen en cuenta en la indagatoria lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas; hecho lo anterior, remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Se diseñe e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las NOM-de la Regulación de los servicios de salud, NOM-Del expediente clínico, GPC de valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto, P-IMSS para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post- operatoria y la LGS, dirigido a todo el personal médico de los servicios de Anestesiología del HGSMF-24, así como de Anestesiología, Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia del HGZ-83; en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar laboralmente activas. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida el personal médico personal médico de los servicios de Anestesiología del HGSMF-24, así como de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia del HGZ-83; en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos laboralmente, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten los recursos pertinentes, con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos a la luz de los antecedentes de las y los pacientes, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho

lo anterior, deberán remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

142. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

143. De conformidad con 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 de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

145. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102 Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA