

RECOMENDACIÓN NO. 207 / 2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V, PERSONA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 Y VI2 ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LOS HOSPITALES GENERALES “DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO” Y “DRA. MATILDE PETRA MONTOYA LAFRAGUA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ciudad de México, a 30 de agosto de 2024

**MTRA. BERTHA MARÍA ALCALDE LUJÁN
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable directora general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2022/12108/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos

y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 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 último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 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 son las siguientes:

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ciudad de México	CMN-20 de Noviembre
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ciudad de México	HG-DFF
Hospital General “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la Delegación Sur de la Ciudad de México	HG-Tláhuac
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del expediente clínico
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HG-Tláhuac	UCIA

I. HECHOS

5. El 6 de septiembre de 2022, QVI presentó una queja ante esta Comisión Nacional, en la que manifestó presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de V, consistentes en que el 19 de agosto de 2022, V, persona mayor, acudió al servicio de Urgencias del HG-DFF por presentar malestar en el pecho y dificultad respiratoria; después de varios diagnósticos, les informaron que V presentaba una falla cardíaca.

6. El 20 de agosto de 2022, el personal médico tratante le comentó que V sería trasladado al CMN-20 de Noviembre “a código infarto”, ya que el HG-DFF no contaba con la especialidad que requería (no especificó cuál); no obstante, ese mismo día, les avisaron que no había espacio físico para recibirlo, por lo que su traslado quedaría pendiente.

7. El 21 de agosto de 2022, personal de Trabajo Social del HG-DFF les indicó que V sería enviado al HG-Tláhuac, lo cual se concretó en la madrugada del día siguiente; sin

embargo, la cámara de hemodinamia¹ de este último nosocomio no estaba en funciones. Pese a ello, V se quedó internado en el servicio de Urgencias del HG-Tláhuac, en espera de poder ser trasladado a otra unidad médica donde atendieran sus afecciones del corazón.

8. El 28 de agosto de 2022, V presentó un proceso infeccioso en pulmón y fue reportado como grave, razón por la que lo ingresaron al servicio de Terapia Intensiva del HG-Tláhuac, donde lo reportaron grave y con mal pronóstico. Derivado de lo expuesto, QVI solicitó la intervención de esta CNDH para que a V se le trasladara al CMN-20 de Noviembre, a efecto de que fuera valorado por el servicio de Cardiología.

9. Para la debida atención del caso, personal de este Organismo Nacional realizó gestiones con personas servidoras públicas del ISSSTE, las cuales informaron que [REDACTED] V falleció. Lo anterior fue confirmado con QVI el 15 de ese mes y año, quien solicitó se continuara con la investigación del caso por la inadecuada atención médica que se le proporcionó a V.

10. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2022/12108/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia de los expedientes clínicos de V que se integraron en el HG-DFF y HG-Tláhuac, con informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de la presente Recomendación.

¹ La cámara o sala de hemodinamia es el lugar que cuenta con un equipamiento de alta tecnología para obtener imágenes dinámicas, procesarlas y digitalizarlas a fin de diagnosticar y tratar las enfermedades cardiovasculares; en ellas, se realizan estudios y procedimientos como angiografías, coronariografías o cateterismos para examinar el estado de las arterias pulmonares, las arterias coronarias y las válvulas del corazón.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja presentado por QVI ante este Organismo Nacional el 6 de septiembre de 2022, a través del cual indicó las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención médica que le brindaron a V en el HG-DFF.

12. Correo electrónico recibido el **fecha de fallecimiento** en este Organismo Nacional, por medio del cual el ISSSTE informó que V falleció ese mismo día.

13. Acta circunstanciada de 15 de septiembre de 2022, en la que personal de esta Comisión Nacional asentó la llamada telefónica sostenida con QVI, quien corroboró el fallecimiento de V y solicitó que se investigara la inadecuada atención médica.

14. Correo electrónico recibido en esta Comisión Nacional el 30 de diciembre de 2022, a través del cual el ISSSTE remitió a esta CNDH copia de diversos documentos emitidos por personal del HG-DFF, de los cuales destacan los siguientes:

14.1. Hoja de Urgencias de las 08:11 horas de 19 de agosto de 2022, sin datos de la persona que la elaboró.

14.2. Hoja de indicaciones médicas de las 09:00 horas de 20 de agosto de 2022, suscrita por personal médico del servicio de Urgencias.

14.3. Hojas de enfermería de 19, 20 y 21 de agosto de 2022.

14.4. Oficio 272 de 28 de diciembre de 2022, suscrito por el Coordinador del servicio de Urgencias.

14.5. Oficio 191 de 29 de diciembre de 2022, suscrito por el Coordinador del servicio de Urgencias.

15. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/7585-6/22 de 12 de diciembre de 2022, por el cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico de V generado en el HG-Tláhuac, del que destacan los siguientes documentos:

15.1. Estudios de laboratorio de 20 de agosto de 2022, emitidos por el HG-DFF.

15.2. Resumen médico de 21 de agosto de 2022, suscrito por personal del servicio de Urgencias del HG-DFF.

15.3. Nota de ingreso al servicio de Urgencias de las “12:30 horas” (sic) de 22 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.4. Nota de indicaciones médicas de las 01:00 horas de 22 de agosto de 2022, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

15.5. Hoja de solicitud de interconsulta de 22 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.6. Nota de evolución de Urgencias de las 13:14 horas de 23 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.7. Solicitud de servicios de referencia y contrareferencia de 23 de julio (sic) de 2022, suscrita por PSP.

15.8. Nota de evolución de Urgencias de las 12:47 horas de 24 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.9. Nota de indicaciones médicas de las 07:00 horas de 25 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.10. Nota de evolución y tratamiento de las 11:22 horas de 25 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.11. Nota de indicaciones médicas de las 08:00 horas de 26 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.12. Solicitud de referencia de 26 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.13. Nota de evolución de Urgencias de las 22:30 horas de 26 de agosto de 2022, suscrita por personal de ese servicio.

15.14. Nota de valoración de Cardiología de 27 de agosto de 2022, signada por personal de dicho servicio.

15.15. Nota de indicaciones médicas de las 08:00 horas de 27 de agosto de 2022, emitida por personal del servicio de Urgencias.

15.16. Reporte de tomografía computada de cráneo de las 17:47 horas de 27 de agosto de 2022, emitido por personal del servicio de Radiología.

15.17. Nota de evolución de turno matutino de las 13:00 horas de 27 de agosto de 2022, suscrita por personal residente del servicio de Urgencias.

15.18. Nota de evolución de turno nocturno de las 08:06 horas de 28 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

15.19. Nota de valoración de Cardiología de las 14:04 horas de 28 de agosto de 2022, suscrita por personal de ese servicio.

15.20. Historia clínica general e ingreso a la UCIA de las 22:51 horas de 28 de agosto de 2022, suscrita por AR1, personal médico entonces adscrito a la UCIA.

15.21. Hoja de evolución de las 15:17 horas de 29 de agosto de 2022, suscrita por AR1.

15.22. Hoja de evolución de las 10:55 horas de 30 de agosto de 2022, suscrita por AR1.

15.23. Hoja de evolución de las 14:08 horas de 31 de agosto de 2022, suscrita por AR1.

15.24. Hoja de evolución de las 11:31 horas de 1 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.25. Hoja de evolución de las 10:45 horas de 2 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.26. Hoja de evolución de las 12:43 horas de 5 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.27. Hoja de evolución de las 15:30 horas de 6 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.28. Hoja de evolución de las 15:35 horas de 7 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.29. Hoja de evolución de las 11:30 horas de 8 de septiembre de 2022, suscrita por AR1.

15.30. Nota de egreso de la UCIA de las 21:23 horas de 9 de septiembre de 2022, suscrita por personal médico adscrito a dicho servicio.

15.31. Nota de indicaciones de Cardiología de las 07:00 horas de 10 de septiembre de 2022, suscrita por personal de dicho servicio.

15.32. Nota de indicaciones de Cardiología de las 07:00 horas de 11 de septiembre de 2022, suscrita por personal de dicho servicio.

15.33. Nota de indicaciones de las 07:00 horas de 12 de septiembre de 2022, suscrita por personal del servicio de Cardiología.

15.34. Historia clínica general de Medicina Interna de 12 de septiembre de 2022, suscrita por personal de dicho servicio.

15.35. Nota de defunción de las 10:20 horas de **fecha de fallecimiento**, suscrita por personal del servicio de Medicina Interna.

16. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/166-6/23 de 17 de enero de 2023, por el cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico de V generado en el HG-DFF, del que destacan las siguientes documentales:

16.1. Solicitud de referencia de 22 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

16.2. Solicitud de referencia de 25 de agosto de 2022, suscrita por PSP.

16.3. Nota de evolución de las 11:47 horas de 3 de septiembre de 2022, suscrita por AR2, personal médico adscrito a la UCIA.

16.4. Nota de evolución de las 11:51 horas de 4 de septiembre de 2022, suscrita por AR2.

16.5. Nota postoperatoria de Cardiología de las 19:12 horas de 9 de septiembre de 2022, sin nombre del personal médico que la emitió.

17. Correo electrónico recibido el 24 de enero de 2024 en esta CNDH, por medio del cual QVI informó que, por los hechos, presentó denuncia en el OIC-ISSSTE, así como queja en la CONAMED.

18. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 7 de febrero de 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a

V en el HG-DFF y en el HG-Tláhuac fue inadecuada y que existieron omisiones a la NOM- Del Expediente Clínico.

19. Acta circunstanciada de 15 de marzo de 2024, a través de la cual, personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con QVI, quien proporcionó los nombres completos y edades de VI1 y VI2; además, señaló que por los hechos, no había presentado denuncia penal.

20. Oficio CONAMED-SJ-112-2024 de 1 de abril de 2024, a través del cual la CONAMED informó a este Organismo Nacional que el Expediente Médico todavía se encontraba en trámite.

21. Correo electrónico recibido en esta CNDH el 9 de abril de 2024, a través del cual el OIC-ISSSTE señaló que los hechos que QVI hizo del conocimiento de esa dependencia, ya habían sido investigados en un Expediente Administrativo de Investigación.

22. Oficio DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/2349-6/24 de 20 de mayo de 2024, por medio del cual el ISSSTE remitió copia de los siguientes documentos:

22.1. Oficio HGDMPML/SA/CRH/0286/2024 de 21 de marzo de 2024, en el que se indicó que AR2 había causado baja el 31 de marzo de 2023.

22.2. Oficio HGDMPML/SA/CRH/0461/2024 de 26 de abril de 2024, a través del cual se informó que, para esa fecha, AR1 se encontraba activo en el servicio de Medicina Interna del HG-Tláhuac.

23. Oficio DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/24749-6/24 de 29 de mayo de 2024, por

medio del cual el ISSSTE envió copia de los similares CADH/790/2024 y HGDDFF/SA/CRH/315/2024 de 28 y 13 de ese mes y anualidad, respectivamente, a través de los cuales se informó que V fue atendido del 19 al 22 de agosto de 2022 por el personal médico AR3 y AR4, adscritos al servicio de Urgencias del HG-DFF, quienes, para esa fecha, todavía se encontraban activos en dicho nosocomio.

24. Oficio 039323 de 10 de junio de 2024, por medio del cual esta CNDH solicitó al ISSSTE que informara los datos del personal médico que atendió a V los días 19 y 20 de agosto de 2024 en el HG-DFF.

25. Acta circunstanciada de 22 de agosto de 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con una persona servidora pública de la CONAMED, quien informó que el Expediente Médico todavía se encontraba en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

26. El 28 de septiembre de 2023, QVI presentó queja ante la CONAMED, instancia que inició el Expediente Médico, el cual, para el 22 de agosto de 2024, se encontraba en trámite.

27. El 10 de octubre de 2023, QVI presentó denuncia administrativa ante el OIC-ISSSTE; sin embargo, dicha instancia advirtió que los hechos denunciados eran los mismos que los que dieron origen al Expediente Administrativo de Investigación, mismo que se inició el 6 de septiembre de 2022 por QVI y en el cual, el 6 de diciembre de 2022, se emitió un acuerdo de conclusión y archivo de expediente por falta de datos o indicios que permitieran presumir la comisión de una conducta que encuadre en alguno de los

tipos de faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

28. Este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitan establecer que se hubiese iniciado alguna carpeta de investigación relacionada con la atención médica brindada a V en el HG-DFF y en el HG-Tláhuac.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

29. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2022/12108/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, y de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HG-DFF y al HG-Tláhuac, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

30. 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 nivel², reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

31. Asimismo, la SCJN ha establecido que:

*(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*³

32. El párrafo 1, de la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, reconoce que la salud es “un derecho humano 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.”⁴

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

34. Esta Comisión Nacional determinó, en su Recomendación General 15 “Sobre el

² CNDH, Recomendaciones: 1/2023, párrafo 34; 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 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, entre otras.

³ Tesis 1ª./J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, pág. 164, registro digital 167530.

⁴ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en su 22º periodo de sesiones, celebradas del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

derecho a la protección de la salud”, emitida en fecha 23 de abril de 2009, que:

(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.⁵

35. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

36. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.⁶ En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

37. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el *Caso Vera Vera y otra vs*

⁵ Pág. 16.

⁶ Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

*Ecuador*⁷, consideró que: “Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana”.

38. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR3 y AR4 del HG-DFF, AR1 y AR2 del HG-Tláhuac y el personal administrativo del HG-DFF y HG-Tláhuac encargado de gestionar el envío de las personas pacientes a otra unidad del ISSSTE o bien, subrogar el tratamiento a una unidad particular, omitieron brindarle a V la atención médica adecuada en su calidad de garante que les obligan los artículos 32 y 33, fracciones I y II, de la LGS; así como los artículos 48 del Reglamento de la LGS y 8, 22 y 23 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, lo que se tradujo en la evidente violación a sus derechos humanos a la protección de la salud, que derivó en la pérdida de su vida, como se analizará posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Antecedentes clínicos de V

39. V, persona mayor, quien al momento de los hechos contaba con antecedentes de **condición de salud** de 25 años de diagnóstico, en tratamiento con **condición de salud** en el año 2003, tratada con colocación de Stent¹¹ en la arteria descendente anterior mediante **condición de salud** y medicamento para prevenir la progresión de las placas de

⁷ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

⁸ La hipertensión arterial o hipertensión arterial sistémica, es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento sostenido de las cifras de la tensión arterial (mayor a 140/90 mmHg), que significa que la fuerza ejercida por la sangre en venas y arterias es elevada.

⁹ Patología resultante de la aterosclerosis de las arterias coronarias; es decir, cuando existe un estrechamiento o bloqueo en estas arterias.

¹⁰ Necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria.

¹¹ Tubo de malla que generalmente se utiliza para mantener abiertos los vasos sanguíneos.

¹² Examen de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos sanguíneos.

grasa) hasta la fecha en que ocurrieron los hechos; arritmia cardíaca no especificada¹³ en tratamiento con antiarrítmicos, y litiasis renal¹⁴ tratada con litotripsia¹⁵ en cuatro ocasiones, la última en 2021.

A.2. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Atención médica brindada a V en el HG-DFF

40. El 19 de agosto de 2022, V acudió al servicio de Urgencias del HG-DFF; sin embargo, en las documentales que el ISSSTE envió a esta CNDH, solo se adjuntó una Hoja de Urgencias con el registro de V, en la que se detalló como fecha y hora de admisión el “19/08/2022 08:11 horas”, sin que se especificaran más detalles sobre el motivo de consulta, los periodos transcurridos entre el ingreso y la atención que se le brindó, sus signos vitales u otras condiciones clínicas. Al respecto, el Coordinador del servicio de Urgencias refirió que no se cuenta con notas médicas del expediente clínico de V en el HG-DFF debido a que éste “(...) fue trasladado al [HG-Tláhuac] para continuar con su atención y su traslado fue con expediente clínico (...)”, lo que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, es contrario a lo establecido en la NOM-Del expediente clínico, como se verá en el apartado correspondiente.

41. A pesar de no contar con la nota inicial del servicio de Urgencias, el personal de enfermería del turno matutino registró que V ingresó después de las 08:00 horas (sin detallar el tiempo que pasó desde su registro hasta la valoración médica inicial), con

¹³ Trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco.

¹⁴ Enfermedad crónica caracterizada por la formación de cálculos en el aparato urinario.

¹⁵ Tratamiento médico que, mediante ondas de choque aplicadas de manera externa, fragmenta cálculos renales para su eliminación mediante la orina.

frecuencias cardíaca y respiratoria aceleradas, de 98 y 28 por minuto respectivamente¹⁶, tensión arterial de 156/113 mmHg¹⁷ y con saturación baja de oxígeno de 63%¹⁸; además, se asentó que se encontraba pálido, con sudoración profusa y con insuficiencia respiratoria, por lo que inmediatamente fue colocado en una camilla y se le administró oxígeno mediante puntas nasales, así como acceso venoso periférico (en miembro torácico derecho) con toma de muestras de laboratorio, aplicación de monitoreo continuo (donde se documentó ritmo normal), para luego, realizar aseguramiento de la vía aérea mediante intubación orotraqueal¹⁹.

42. Una vez intubado, a V se le colocó una sonda nasogástrica²⁰ y posteriormente un catéter venoso central²¹ en región subclavia derecha²², cuya correcta instalación se corroboró con una radiografía torácica de control; luego se inició soporte con medicamentos tendientes a hacer más eficiente el funcionamiento cardiovascular para prevenir la formación de coágulos, diuréticos para eliminar el exceso de líquidos y evitar la sobrecarga en el funcionamiento cardíaco, para estabilizar la superficie interna de los vasos sanguíneos y un sedante.

43. Ese mismo día, el personal de enfermería del turno vespertino comentó que V permaneció sedado, con ventilación mecánica asistida y monitorización cardíaca continua y que a las 18:00 horas pasó a vigilancia en el área denominada “Choque”.

¹⁶ Los rangos normales, por minuto, de la frecuencia cardíaca van de 60 a 90 latidos, mientras que la respiratoria oscila entre las 12 y las 16 respiraciones.

¹⁷ Los niveles óptimos van de 90/60 a 139/89 mmHg.

¹⁸ Normal por arriba del 92%.

¹⁹ Procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz.

²⁰ Sonda especial que lleva alimentos y/o medicamentos al estómago a través de la nariz.

²¹ Dispositivo que se usa para administrar líquidos intravenosos, transfusiones de sangre, quimioterapia y otros medicamentos.

²² Región que se encuentra por arriba de la clavícula derecha.

44. En la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional se indicó que, a pesar de no contar con notas médicas, lo descrito por el personal de enfermería respecto al manejo médico inicial que se le proporcionó a V para estabilizarlo, fue apegado a lo recomendado en la literatura médica especializada, que establece que la insuficiencia cardíaca es una entidad en la que, debido a la disfunción de diferentes estructuras del corazón (especialmente los ventrículos), éste no es eficiente para enviar sangre oxigenada a toda la economía corporal, lo que ocasiona diferentes signos y síntomas derivados de la retención de líquidos que el corazón es incapaz de bombear²³ y de la perfusión inadecuada de sangre²⁴. Esta entidad puede verse empeorada ante eventos agudos que comprometen en mayor medida el funcionamiento del corazón (como por un infarto agudo al miocardio), en donde la falta de circulación adecuada, ocasiona síntomas de mayor gravedad derivados de la inestabilidad cardio hemodinámica, razón por la cual identificar e iniciar el tratamiento es una emergencia, en la que es necesaria la estabilización clínica de la persona paciente mediante diferentes intervenciones terapéuticas²⁵, mientras se trata el origen de esta descompensación.

45. El 20 de agosto de 2022, tampoco se anexaron notas médicas de evolución; sin embargo, en la hoja de indicaciones médicas emitida a las 09:00 horas por personal del servicio de Urgencias, se asentó la orden de que V permaneciera en el área de “Choque”, sedado y con ventilación mecánica asistida, bajo infusiones de medicamentos vasoactivos²⁶, sedante, antiácido²⁷ y los demás prescritos con anterioridad, mismos que fueron ministrados por personal de enfermería, sin que dicho personal registrara

²³ Como tos con expectoración, dificultad respiratoria, acumulación de líquido en pulmones.

²⁴ Tales como palidez, fatiga y mala tolerancia al ejercicio.

²⁵ Soluciones intravenosas, aseguramiento de la vía aérea, con diuréticos y medicamentos vasoactivos, entre otras.

²⁶ Aquellos que producen un efecto sobre el tono y el calibre de los vasos sanguíneos, ya sea en forma de vasodilatación (ensanchamiento) o de vasoconstricción (estrechamiento).

²⁷ Para tratar la indigestión.

observaciones de relevancia respecto a la evolución de V durante ese día. Personal de ese servicio también solicitó toma de muestras de laboratorio para biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y enzimas cardíacas²⁸, así como estudios de gasometría²⁹ y electrocardiograma³⁰.

46. En el resumen médico de 21 de agosto de 2022, suscrito por personal del servicio de Urgencias, se indicó que V contaba con los diagnósticos de choque cardiogénico estadio D³¹ (infarto al miocardio sin elevación del ST³²), insuficiencia cardíaca³³ crónica congestiva NYHA IV³⁴ (edema agudo pulmonar cardiogénico³⁵ y cardiopatía isquémica³⁶ crónica congestiva), lesión renal aguda AKIN I³⁷ e infección del tracto urinario no complicada. Con relación a su padecimiento, se señaló que desde el 13 de agosto de 2022, V comenzó a presentar datos de dificultad para respirar y luego datos de dolor torácico (sin especificar más detalles); que el día de su ingreso (19 de agosto de 2022, aproximadamente a las 05:30 horas) el dolor en región torácica (precordial) incrementó a intensidad 4/10, acompañado de sudoración profusa y disnea aguda³⁸, además de que

²⁸ Los estudios de enzimas cardíacas miden los niveles de enzimas y proteínas que están vinculadas con lesiones del músculo cardíaco; se elevan ante daño cardíaco por infarto.

²⁹ Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre.

³⁰ Prueba que registra la señal eléctrica del corazón.

³¹ Estado fisiopatológico crítico en donde un corazón con bajo gasto cardíaco no es suficiente para perfundir y oxigenar los tejidos de manera adecuada.

³² El segmento ST representa el período isoelectrico (sin actividad eléctrica) cuando los ventrículos se encuentran entre la despolarización (contracción) y la repolarización (relajación).

³³ Síndrome que resulta de la disfunción ventricular, caracterizado por signos y síntomas de retención de líquidos intravasculares e intersticiales, así como signos de inadecuada perfusión de los tejidos.

³⁴ La clasificación NYHA (New York Heart Association) IV presenta síntomas de falla cardíaca, aún en reposo, que se incrementan con la actividad física.

³⁵ El edema pulmonar es una afección causada por el exceso de líquido presente en los pulmones; cuando éste es consecuencia de un problema cardíaco se denomina edema pulmonar cardiogénico.

³⁶ Se produce cuando se obstruye una arteria del corazón.

³⁷ Disminución rápida de la función renal en días o semanas que causa la acumulación de productos nitrogenados en la sangre (azoemia) con o sin reducción de la diuresis.

³⁸ Dificultad respiratoria de reciente comienzo.

se documentaron signos vitales alterados³⁹, ruidos anómalos en pulmones denominados estertores (debidos a la presencia de secreciones en el interior de éstos) y llenado capilar prolongado, razón por la cual se decidió el aseguramiento de la vía aérea.

47. Asimismo, en el citado resumen se indicó que posteriormente la presión arterial de V descendió de manera continua, por lo que se optó por administrar medicamentos para asegurar un adecuado funcionamiento cardíaco y aporte sanguíneo correcto; tomando en cuenta estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de choque cardiogénico y le realizaron un estudio denominado ecocardiograma transtorácico⁴⁰ (sin especificar la fecha ni la hora en que se hizo), mediante el cual observaron movimientos disminuidos en la punta del corazón, alteraciones que en conjunto con la medición inicial⁴¹ de una enzima cardíaca (troponina I de 3.46 ng/ml⁴²), establecieron el diagnóstico de infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST; por esta razón y debido a la gravedad de su padecimiento, se solicitó el envío de V a un tercer nivel de atención para abordaje, sin que se especificara el tiempo que transcurrió desde su ingreso hasta la toma de dicha decisión.

48. Los días 20 y 21 de agosto de 2022, V continuó bajo sedación, con apoyo de medicamentos aminérgicos⁴³, con adecuada formación de orina y sin datos de mala

³⁹ Tensión arterial 129/94 mmHg, frecuencia cardíaca de 92, respiratoria de 24 y saturación de oxígeno de 50%; en contraste con el registro de enfermería descrito previamente, en el que se asentó que V tuvo tensión arterial de 156/113, frecuencia cardíaca de 98 por minuto, respiratoria de 28 por minuto y saturación de oxígeno 63%.

⁴⁰ Prueba diagnóstica de imagen, no invasiva, que sirve para observar el tamaño del corazón, el grosor de sus paredes, su funcionamiento global y regional, así como el aspecto y comportamiento de sus válvulas; también aporta información sobre la porción inicial de la aorta, si existe acúmulo de líquido alrededor del corazón y datos sobre la circulación y las presiones pulmonares.

⁴¹ Laboratorios tomados a V el 20 de agosto de 2022.

⁴² El valor normal oscila entre los 0 y los 0.05 ng/ml.

⁴³ Aquellos que aumentan la presión arterial o mejoran la función cardíaca.

perfusión sanguínea⁴⁴, por lo que, en el multicitado resumen médico se destacó que durante el turno matutino (no se especificó de qué día), se insistió en el envío de V al CMN-20 de Noviembre para manejo complementario por el servicio de Cardiología (Hemodinamia), sin lograr enlace, ya que personal de este último nosocomio pidió nuevo resumen y actualización de estudios de laboratorio. Una vez actualizados se solicitó nuevamente el envío, pero no fue autorizado debido a que “no mejorarán el pronóstico” de V, por lo que se pidió interconsulta al servicio de Terapia Intensiva del mismo HG-DFF; no obstante, durante el turno nocturno de 21 de agosto de 2022, en la hoja de enfermería se registró que V fue trasladado a las 23:10 horas al HG-Tláhuac.

49. En la Opinión emitida por personal médico de este Organismo Nacional se señaló que, en el expediente clínico enviado a esta CNDH para su análisis no existe evidencia que dé sustento a lo expresado en el resumen médico respecto de las gestiones que se realizaron para llevar a cabo la referencia de V a otro nosocomio, condición que está en oposición con lo establecido en la NOM-Del expediente clínico y que, como se verá más adelante, contribuyó al retraso en la implementación de las medidas diagnóstico-terapéuticas que V ameritaba.

50. Por su parte, el Coordinador del servicio de Urgencias del HG-DFF emitió el oficio 191 de 29 de diciembre de 2022, en el que asentó las gestiones realizadas para el traslado de V a un hospital del tercer nivel, especificando lo siguiente: el 19 de agosto de 2022, a las 08:00 horas, V acudió a ese servicio en las condiciones clínicas ya descritas con anterioridad; a las 08:46 horas se presentó al chat de “Código Infarto” y fue valorado por “Centro Médico Nacional”, sin ser aceptado, por lo que se continuó con el manejo institucional. El 20 de agosto de 2022, a las 12:55 horas, el caso de V se presentó nuevamente al chat de “Código Infarto”, siendo valorado por esa vía por el CMN-20 de

⁴⁴ Aporte o circulación sanguínea, bien sea natural o artificial, a un órgano, tejido o territorio.

Noviembre; sin embargo, comentaron que continuaban sin espacio físico, por lo que mediante formato escrito de referencia denominado “SM1-17”, solicitaron apoyo a otro hospital del ISSSTE que contara con el servicio de Cardiología (Hemodinamia); finalmente, el 21 de agosto de 2022, V fue aceptado en el HG-Tláhuac para su posterior traslado.

51. En la Opinión Médica de esta CNDH se especificó que el infarto agudo al miocardio es una expresión del síndrome coronario⁴⁵, el cual, en condiciones habituales, puede instaurarse de manera crónica y progresiva, debido a la formación de placas de ateroma⁴⁶ que recubren las paredes internas de los vasos sanguíneos y limitan el flujo de sangre, agravándose ante actividad física que demandan mayor trabajo cardíaco o ante la ruptura de estas placas que favorece la formación de coágulos que obstruyen el flujo sanguíneo de manera abrupta. Una vez que se presentan estos eventos, la persona paciente que lo padece manifiesta diferentes síntomas⁴⁷; sin embargo, para confirmar el diagnóstico, se emplea el electrocardiograma (que se debe realizar en los primeros 10 minutos del ingreso) y los estudios de laboratorio que evidencian incremento en las enzimas cardíacas, cuyas muestras de sangre deben tomarse inmediatamente al ingreso (en los primeros 60 minutos), con controles a las tres y seis horas posteriores.

52. Asimismo, en el citado documento se indicó que el abordaje de estas personas pacientes dependerá de las manifestaciones que presenten, ya que en los casos no

⁴⁵ Serie de afecciones asociadas con una reducción repentina del flujo sanguíneo al corazón, que ocasiona que al haber aporte insuficiente de sangre oxigenada al corazón, las células reciban poco oxígeno para realizar las funciones metabólicas que normalmente realizan, con lo que se compromete su función para contraerse y con ello, dificulta el adecuado mecanismo cardíaco para bombear la sangre a todo el organismo.

⁴⁶ Aparecen cuando existe una gran cantidad de colesterol acumulado en las paredes de las arterias.

⁴⁷ Dolor intenso en el centro del pecho (precordial), desencadenado o empeorado con la actividad física, irradiado al hombro y/o brazo izquierdo, acompañado de palpitaciones, náuseas, sudoración profusa y sensación de falta de aire, entre otros.

graves solo amerita manejo farmacológico y seguimiento ambulatorio, mientras que los casos inestables requieren tratamiento especializado invasivo con monitoreo continuo (idealmente en una unidad de hemodinamia para realización de angioplastia coronaria⁴⁸) y tratamiento farmacológico. En aquellas personas pacientes graves que puedan beneficiarse del procedimiento invasivo para reparar los vasos sanguíneos afectados⁴⁹, se optará para el envío a unidades o servicios que cuenten con este procedimiento disponible, en un periodo menor a dos horas en los casos considerados como urgentes⁵⁰, en las primeras 24 horas en pacientes con 140 puntos en la escala de GRACE o hasta máximo en las primeras 72 horas en pacientes con al menos un criterio de riesgo, con síntomas recurrentes o con isquemia confirmada en pruebas no invasivas.

53. Por lo anterior, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, la atención que se le proporcionó a V en el HG-DFF fue inadecuada desde el punto de vista médico legal, debido a que, luego del ingreso de V, a pesar de su estado de gravedad y de haberlo estabilizado, no existe evidencia de que el personal médico que lo atendió en el servicio de Urgencias el 19 de agosto de 2022, solicitara y tomara de manera prioritaria los estudios de electrocardiograma (en los primeros 10 minutos) y los laboratorios de enzimas cardíacas (en la primera hora)⁵¹, ya que como se mencionó, estos últimos se realizaron al día siguiente. Tampoco se hizo énfasis en la necesidad del envío de V, durante las dos primeras horas, a otra unidad del ISSSTE que sí contara con los medios para la realización de una angioplastia coronaria, o bien, se pidiera la subrogación de la atención ante la gravedad de su estado de salud, permisible incluso en las primeras 24 horas, a pesar de haber relatado en el oficio 191 que el 19 de agosto de 2022 se solicitó

⁴⁸ Procedimiento para abrir vasos sanguíneos estrechos o bloqueados que suministran sangre al corazón.

⁴⁹ Sobre todo quienes cuenten con antecedente de infarto previo, datos de choque de origen cardíaco, riesgo elevado de muerte calculado mediante escalas de puntuación clínica (como la de GRACE, que es el registro global de eventos coronarios agudos).

⁵⁰ Pacientes con choque cardíaco, arritmias de alto riesgo o con complicaciones mecánicas.

⁵¹ Se tomaron un día después de su ingreso, es decir, el 20 de agosto de 2022.

al chat de “Código Infarto”, con rechazo para su traslado, y que se insistió al siguiente día, lo que trajo como consecuencia que no se implementara de manera oportuna el tratamiento que ameritaba el estado de V, con deterioro en su estado de salud como se señalará más adelante.

54. En opinión del personal médico de esta CNDH, lo descrito es atribuible al personal médico que tuvo a su cargo a V durante el 19 y 20 de agosto de 2022, así como al personal administrativo del HG-DFE encargado de realizar las gestiones para la referencia, lo cual contraviene los artículos 33 y 51⁵² de la LGS, 48 y 74⁵³ del Reglamento de la LGS y 8, 13 y 18⁵⁴ del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, así como la literatura especializada respecto al infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST⁵⁵.

⁵² Artículo 33. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

⁵³ Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

⁵⁴ Artículo 8. El Instituto otorgará Atención Médica Preventiva y curativa tendientes a proteger la salud de los Derechohabientes, así como brindar atención de Maternidad y de Rehabilitación, tendiente a corregir la invalidez física y mental (...). Artículo 13. Cuando a juicio del Médico Tratante la Atención Médica de un Paciente requiera medios especializados y la unidad no cuente con ellos, se procederá a la Referencia del Paciente a una Unidad Médica del siguiente nivel de atención, de conformidad con el esquema de Regionalización y las disposiciones que al efecto emita la Dirección Médica. Artículo 18. Corresponde a la Unidad Médica que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y en caso de negativa de atención por saturación o por carecer de la infraestructura necesaria, se podrá subrogar la atención de acuerdo con la normatividad vigente.

⁵⁵ Martínez M. Infarto Agudo de Miocardio. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina, México 2014; Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo sin

❖ **Atención médica brindada a V en el HG-Tláhuac**

55. Como ya se mencionó, el 21 de agosto de 2022, V fue aceptado en el HG-Tláhuac, lugar al que arribó el 22 de ese mes y anualidad, en ambulancia institucional, con ventilación mecánica, acompañado de paramédicos y familiar. Fue atendido por PSP, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, quien en su nota de las 00:30 horas describió los antecedentes que motivaron su ingreso inicial y señaló que los diagnósticos fueron choque cardiogénico, síndrome coronario agudo sin elevación de ST de cara anterior, cardiopatía isquémica crónica, insuficiencia cardíaca crónica NYHA IV e hipertensión arterial controlada. Respecto al cuadro isquémico coronario agudo, PSP señaló que V se encontraba bajo tratamiento farmacológico estipulado en las guías (antiagregante⁵⁶, antiisquémico⁵⁷, tromboprolifaxis⁵⁸ y vasopresores⁵⁹); sin embargo, debido a las alteraciones en el funcionamiento cardíaco descritos en el HG-DFF mediante el ecocardiograma, era necesario el manejo multidisciplinario y por ello había ingresado a esa unidad. Lo encontró clínicamente sedado y con ventilación, grave pero estable, con tensión arterial ligeramente baja (89/58 mmHg), pero con el resto de los signos vitales en rangos óptimos.

56. El manejo médico que se indicó a su ingreso consistió en ayuno, solución intravenosa, sedante, analgésico, vasopresor, diuréticos⁶⁰, anticoagulantes⁶¹ y para estabilizar la pared de los vasos sanguíneos; también se indicó que permaneciera con

Elevación de Segmento ST. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social: 2018; García E., Sabatel F., Martín C., Robles C. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Medicine, 2017.

⁵⁶ Evitan la formación de trombos y son vitales en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular y coronaria.

⁵⁷ Utilizado para disminuir la demanda miocárdica de oxígeno o aumentar el aporte de oxígeno al miocardio.

⁵⁸ Prevención de la trombosis, es decir, de la formación de coágulos.

⁵⁹ Fármacos que aumentan la presión arterial.

⁶⁰ Ayudan al cuerpo a eliminar el líquido y la sal sobrante.

⁶¹ Medicamentos que evitan la formación de coágulos sanguíneos.

soporte ventilatorio, bajo vigilancia de la función cardiocirculatoria, que se le tomaran estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, enzimas cardíacas) y una radiografía torácica de control.

57. En la Opinión Médica emitida por personal de esta CNDH se señaló que, tomando en consideración que V se encontraba con soporte ventilatorio y cardiocirculatorio debido a inestabilidad determinada por compromiso cardíaco, la decisión de su ingreso al HG-Tláhuac y de que continuara con el tratamiento farmacológico ya implementado y anteriormente citado, se encontró justificado desde el punto de vista médico legal en concordancia con lo establecido en la literatura especializada y en la normatividad médica ya referida.

58. Ese mismo 22 de agosto de 2022, a petición de PSP, V fue valorado por AR1, personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva de la UCIA, quien asentó en la hoja de interconsulta que derivado de que V ingresó a ese nosocomio siendo aceptado por el servicio de Cardiología, en esos momentos lo más recomendable era que esta especialidad determinara la conducta a seguir para tratar la patología primaria (infarto agudo al miocardio) y determinar el pronóstico, por lo que la UCIA continuaría disponible como servicio interconsultante. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se indicó que en el expediente clínico no existe nota de interconsulta de V por el servicio de Cardiología, lo cual incumple con la NOM-Del expediente clínico, por lo que se desconoce quién aceptó su traslado, ya que la sala de Hemodinamia no era funcional para brindarle tratamiento como se verá más adelante; sin embargo, PSP solicitó el envío de V a otra unidad del ISSSTE que sí contara con disponibilidad del servicio de Hemodinamia, lo cual, desde el punto de vista médico legal, se encontró justificado, de conformidad con los artículos 74 del Reglamento de la LGS y 13 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.

59. En opinión del personal médico de esta CNDH el manejo intervencionista (mediante angiocoronariografía⁶²) es considerado como urgente las primeras dos horas y hasta las primeras 24, en este caso, para el 22 de agosto de 2022, V ya no tenía urgencia para tratar el padecimiento, debido a que las alteraciones susceptibles de revertirse ante el restablecimiento de flujo sanguíneo ya no eran viables, aunque aún era necesario realizarlo con la finalidad de mejorar la perfusión sanguínea y limitar la progresión de complicaciones derivadas del síndrome coronario.

60. El 23 de agosto de 2022, V fue reportado por PSP como estable, sin ruidos anormales en los campos pulmonares, ya sin apoyo de medicamento vasopresor y alcanzando cifras de tensión arterial que se consideran perfusorias (67 mmHg); sin embargo, aún con soporte ventilatorio. Derivado de que todavía no se recibía respuesta de aceptación de V en otra unidad institucional, se solicitó de nueva cuenta su envío a cualquier hospital de la “Red ISSSTE”, mediante hoja de referencia.

61. El 24 de agosto de 2022, PSP señaló que V permaneció sin necesidad de emplear medicamento vasopresor, manteniendo cifras de presión arterial correctas, por lo que determinó que el choque cardiogénico se encontraba remitido; debido a esto, indicó suspender el sedante, con la intención de valorar el retiro de soporte ventilatorio en los días subsecuentes, mientras permaneció con alimentación por sonda nasogástrica, con el tratamiento farmacológico ya implementado previamente.

62. Durante el 25 y 26 de agosto de 2022, V permaneció sin sedación, con apoyo

⁶² Procedimiento que se realiza en una sala de hemodinamia y que consiste en utilizar un tinte especial (material de contraste) y rayos X para observar la forma en que fluye la sangre a través de las arterias en el corazón.

ventilatorio, pero sin despertar a pesar de haber retirado el sedante desde el 24 de ese mes y anualidad; continuó con el mismo manejo farmacológico, pero el 26 agregaron antibióticos de amplio espectro ante la sospecha de infección urinaria (previa toma de cultivo) o respiratoria, aunque en opinión del personal especialista de esta Comisión Nacional, no se detallaron síntomas asociados para establecer esta sospecha diagnóstica. Adicionalmente, ante la falta de respuesta de otras unidades para referir a V, se solicitó su traslado, con nueva hoja de referencia, a cualquier hospital de la “Red ISSSTE”.

63. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se indicó que a pesar de que, desde el ingreso de V (22 de agosto de 2022) y hasta ese momento, se insistió en su referencia a una unidad de tercer nivel con disponibilidad para tratamiento especializado por personal de Cardiología (Hemodinamia), esto no se llevó a cabo, por lo que el personal administrativo del HG-Tláhuac encargado de gestionar el envío de las personas pacientes o bien, subrogar el tratamiento a otra unidad particular contravino los artículos 33 y 51 de la LGS, 48 y 74 del Reglamento de la LGS y 8, 13 y 18 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, anteriormente citados, ya que dichas omisiones trajeron como consecuencia que no se implementara de manera oportuna el tratamiento que V ameritaba, con deterioro en su estado de salud como se señalará más adelante.

64. El 27 de agosto de 2022, V fue valorado por personal del servicio de Cardiología, quien señaló los antecedentes que motivaron su ingreso hospitalario y determinó que se encontraba con insuficiencia cardíaca crónica agudizada secundaria a infarto agudo al miocardio; sin embargo, debido al tiempo de evolución de este último, V ya no ameritaba tratamiento con cateterismo, sino compensación de la falla cardíaca con reevaluación posterior para estratificación (categorización de la enfermedad). Asimismo, destacó que V tenía tres días sin empleo de medicamento sedante, pero ese día despertó y presentó

disociación con el ventilador, razón por la cual inició tratamiento con sedante, con buena readaptación al aparato de ventilación; también describió que en radiografía torácica de control observó que tenía alteraciones sugerentes de congestión pulmonar (sin aclarar en qué consistieron), por lo que indicó que continuara con diurético, agregó medicamento para tratar las alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias) y otro para mejorar la calidad de la contracción cardíaca y el aporte sanguíneo a este órgano. El personal del servicio de Cardiología determinó que V, con evolución tórpida, requería permanecer con vigilancia estrecha por el riesgo de presentar arritmias malignas y bloqueo en la conducción eléctrica del corazón, por lo que sugirió que fuera valorado por personal de la UCIA.

65. Más tarde, personal médico residente del servicio de Urgencias, comentó en su nota de evolución de las 13:00 horas que tomando en consideración la sugerencia del personal del servicio de Cardiología, se solicitó interconsulta al personal de la UCIA, quienes refirieron verbalmente que V no tenía criterios para ingresar a cargo de su servicio; adicionalmente, lo presentaron con personal de Medicina Interna, quienes rechazaron el ingreso a su cargo. Respecto a la negativa de ambos servicios, en la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que en el expediente, no se encontraron las notas de interconsulta que den sustento a dicha situación, por lo que se incumplió con la NOM-Del expediente clínico.

66. El 28 de agosto de 2022, PSP describió que V se encontró sedado, bajo ventilación mecánica asistida y con cifras de tensión arterial en rangos óptimos. Asimismo, señaló que tomando en cuenta que permaneció más de 72 horas sin sedación y no presentó respuesta neurológica favorable, un día antes se solicitó una tomografía simple de cráneo que registró las conclusiones de “enfermedad multiinfarto a considerar probable origen

cardioembólico con EVC isquémico⁶³ subagudo cerebeloso izquierdo con zona hipodensa extensa (...) territorio de la PICA⁶⁴, EVC isquémico subagudo en giro parietal superior derecho (...) territorio vascular de la ACM⁶⁵ (...) EVC isquémico lacunar frontal izquierdo (...) territorio vascular cerebral de la ACM (...). Derivado de dicho resultado, PSP sugirió solicitar interconsulta al servicio de Neurología y destacó que, debido a que no era posible determinar el tiempo exacto en el que se presentaron los eventos isquémicos cerebrales, no era posible iniciar un tratamiento dirigido para reperfundir las zonas afectadas (debido a que éste debe realizarse en las primeras horas para limitar el daño neurológico). Adicionalmente, asentó que dio aviso de gravedad de la condición de salud de V a sus familiares y que notificó a asistentes de la Dirección de los turnos nocturno y matutino.

67. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se indicó que no se identificó ninguna nota médica relacionada con la valoración realizada por personal del servicio de Neurología, lo que contraviene lo estipulado en la NOM-Del expediente clínico; además, se estableció que, si bien no se logró establecer la causa específica de dichas zonas isquémicas, es posible señalar que V contaba con múltiples factores de riesgo, siendo la hipertensión arterial crónica uno de los más importantes, esto debido a que es resultado de una evolución a largo plazo en donde todas las arterias se ven comprometidas, incluyendo las cerebrales, en cuyas paredes dañadas, puede presentarse un episodio agudo de formación de un coágulo e interrumpir el flujo sanguíneo cerebral.

⁶³ El EVC (evento vascular cerebral) isquémico hace referencia al bloqueo de un vaso sanguíneo (arteria) que suministra sangre al cerebro, lo cual puede ocurrir repentinamente o de manera paulatina, lo que ocasiona un infarto cerebral. Esto puede ocurrir mediante la formación de un coágulo en una arteria cerebral, el cual permanecerá fijo a la pared arterial hasta que adquiera un tamaño lo suficientemente grande como para bloquear el flujo sanguíneo (trombosis), o cuando un coágulo sanguíneo se forma en otra parte del cuerpo, se libera al torrente sanguíneo y tapona una arteria cerebral (émbolo).

⁶⁴ Que es la arteria cerebelosa pastero inferior, la cual irriga gran parte del bulbo raquídeo y la porción inferior de los hemisferios cerebelosos.

⁶⁵ Arteria cerebral media que se encarga de la irrigación de la mayor parte de los hemisferios cerebrales.

68. A las 14:04 horas de ese 28 de agosto de 2022, personal del servicio de Cardiología, evaluó a V y señaló que lo encontró estable⁶⁶; estableció los diagnósticos de insuficiencia cardíaca crónica agudizada, evento de infarto al miocardio, antiguo infarto al miocardio anterior, bloqueo auriculoventricular, sin datos de isquemia aguda. Insistió en que de momento era necesario el monitoreo por riesgo de arritmia maligna y bloqueo en la transmisión del impulso eléctrico del corazón, por lo que era recomendable su valoración y estabilización en la UCIA, para que, una vez estabilizado, se continuara el manejo por el servicio de Cardiología.

69. En opinión del personal médico de esta CNDH, el evento cardíaco de V ocasionó alteraciones en el funcionamiento del corazón, lo cual pudo favorecer la presencia de contracciones anómalas que facilitan la formación de pequeños coágulos que viajan por el torrente sanguíneo a sitios distantes y obstruyen el flujo de sangre al órgano afectado. De este modo, tomando en cuenta el alto riesgo de presentar este tipo de complicaciones que V tenía por sus patologías, a pesar de estar bajo tratamiento tendiente a prevenir este tipo de situaciones (antiagregantes plaquetarios, anticoagulante y para estabilizar la pared interna de los vasos sanguíneos), es posible señalar que la aparición de los focos múltiples de isquemia cerebral se vio favorecida por las alteraciones cardíacas debidas al infarto agudo al miocardio sin tratamiento oportuno.

70. A las 22:51 horas de ese 28 de agosto de 2022, V pasó a cargo de personal de la UCIA, donde fue valorado por AR1, quien resaltó que ya había sido valorado por personal del servicio de Cardiología, quienes consideraron que persistía con datos de insuficiencia cardíaca, pero que no tenía necesidad de tratamiento intervencionista urgente; agregó que permaneció con fiebre en las últimas horas y que ya se encontraba con tratamiento

⁶⁶ Con cifras de tensión arterial en rangos óptimos (119/79 mmHg), con saturación de oxígeno correcta (94%), pero con frecuencia cardíaca ligeramente elevada (111 por minuto).

con antibióticos de amplio espectro. Finalmente, AR1 estableció que V estaba grave, con mal pronóstico para la vida y la función, y con riesgo alto de mortalidad en los próximos meses.

71. Del 29 de agosto al 1 de septiembre de 2022, V permaneció bajo el cuidado de AR1, quien lo encontró grave, pero estable, tolerando la alimentación por sonda nasogástrica, función cardiovascular adecuada, producción de orina normal, con dosis mínimas del medicamento sedante, bajo ventilación mecánica asistida, en tratamiento farmacológico con vasopresor, diurético, anticoagulante y analgésicos con efecto antipirético para control de la fiebre. En la Opinión Médica emitida por personal de esta CNDH se asentó que durante este periodo, V fue reportado con picos febriles aislados, pero que desde el 29 de agosto de 2022 se suspendió el tratamiento antimicrobiano implementado en Urgencias, sin que especificaran la razón de ello; de hecho, se señaló que no tenía criterios de respuesta inflamatoria aguda asociada con proceso infeccioso a pesar de que a partir del 30 del mismo mes y año se registraron niveles de leucocitos⁶⁷ por arriba de los límites considerados normales (entre 12.45 y 13.7 x 10³/microlitro).

72. El 2 de septiembre de 2022, AR1 comentó que ese día se le retiró a V el medicamento sedante, por lo que recuperó el estado de despierto; sin embargo, permaneció desorientado, sin seguir órdenes y con movimiento de las cuatro extremidades. Ese mismo día, se señaló que se le realizó un ecocardiograma en la cama, el cual evidenció dilatación de las cuatro cavidades cardíacas, con disminución en la capacidad del ventrículo izquierdo para bombear sangre y con movimientos disminuidos generalizados de ese mismo ventrículo; AR1 agregó que ese día se recabó el resultado

⁶⁷ Los leucocitos son células de la sangre propias del sistema inmunitario, cuyos valores normales fluctúan entre 4.3 y 10.3x10³/µl. Cuando sus niveles son altos significa que hubo circunstancias que generaron un aumento de su producción, tales como una infección.

de un cultivo de secreciones bronquiales (no especificó el día de la toma), el cual mostró desarrollo de la bacteria *pseudomonas aeruginosa*⁶⁸, sensible a “quinolonas y meropenem”⁶⁹, y que V presentó conteo leucocitario en sangre elevado (de $14.46 \times 10^3/\mu\text{l}$), no obstante, estableció que se encontró “(...) sin síndrome infeccioso (...) sin indicación de tratamiento antimicrobiano (...)”. Finalmente, AR1 estableció que V presentaba mal pronóstico, con alta mortalidad a corto plazo; derivado del tiempo con ventilación mecánica asistida, se valoraría realizarle una traqueostomía⁷⁰ y egresarlo a piso por máximo beneficio.

73. En opinión del personal médico especialista de esta CNDH, desde el 30 de agosto de 2022, V contaba con criterios para proporcionarle tratamiento antibiótico ante manifestaciones clínicas y de laboratorio relacionadas con la presencia de un foco infeccioso, mismo que fue corroborado hasta el 2 de septiembre de 2022 como de origen respiratorio; sin embargo, AR1 omitió iniciar el tratamiento antimicrobiano que ameritaba para tratar esa entidad, condición que se encuentra en oposición a lo recomendado en la normatividad multicitada y que, en conjunto con el resto de las omisiones descritas, contribuyó al deterioro de su estado de salud.

74. Del 3 al 6 de septiembre de 2022, V fue atendido por AR1 y AR2; permaneció sin sedación, estable en sus condiciones generales (sobre todo a nivel cardiocirculatorio) y afebril, pero con elevación persistente en el conteo de leucocitos, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, hace evidente que no se implementó

⁶⁸ Microorganismo que participa con mayor frecuencia en las principales infecciones adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos, con especial importancia en la neumonía asociada a ventilación mecánica; causante de infecciones con una elevada morbilidad y mortalidad, de difícil tratamiento antimicrobiano.

⁶⁹ Antibióticos de amplio espectro de infecciones bacterianas.

⁷⁰ Abertura en frente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada. Forma una vía respiratoria para las personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta su respiración.

tratamiento antimicrobiano por parte de AR1 y AR2 que lo atendió durante esos días.

75. El 7 de septiembre de 2022, AR1 comentó que ese día se llevó a cabo la colocación de traqueostomía por parte del personal de Otorrinolaringología sin ningún incidente, con la intención de retirar la ventilación mecánica asistida a la brevedad, hecho que ocurrió al día siguiente, con adecuada tolerancia; no obstante, el conteo de leucocitos continuó elevado ($14.4 \times 10^3/\mu\text{l}$).

76. El 9 de septiembre de 2022, personal médico adscrito a la UCIA comentó que V, ya sin ventilación asistida, consciente y con choque cardiogénico remitido, se encontraba sin criterios para permanecer en dicho servicio, por lo que se decidió su egreso, para que continuara con su manejo por parte del personal de Cardiología, el cual le realizaría una angioplastia coronaria transluminal percutánea⁷¹ ese mismo día.

77. Durante la realización del procedimiento, el personal de Cardiología identificó que en la arteria descendente anterior (la cual brinda irrigación a la parte anterior y lateral izquierda de ventrículo izquierdo) ya contaba con un Stent colocado previamente, el cual se encontró con obstrucción parcial del 50%, así como una nueva obstrucción del 70% en el segmento proximal de la arteria circunfleja (rama de la arteria coronaria derecha, que lleva sangre oxigenada a la cara posterior e inferior del corazón), por lo que fue necesario colocar en dicho segmento arterial un Stent, sin incidentes o complicaciones, restaurando con ello el flujo sanguíneo a dicha región. Una vez concluida la cirugía, V fue enviado al piso de Medicina Interna.

78. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que este procedimiento, como se refirió con anterioridad, idealmente debió haberse realizado en las dos primeras

⁷¹ Procedimiento que se realiza para restaurar el flujo sanguíneo de la arteria coronaria.

horas en que se estableció el diagnóstico de infarto agudo de miocardio; sin embargo, se pospuso debido a la inestabilidad de V, al tiempo transcurrido y a la falta de recepción en otra unidad, solicitado mediante múltiples notas de referencia con falta de respuesta. Independientemente de ello, la realización de la angioplastia coronaria transluminal percutánea aún era necesaria para reestablecer el correcto flujo sanguíneo a los diferentes segmentos del corazón, por lo que, desde el punto de vista médico legal, el llevar a cabo la intervención, se encontró justificada en apego a lo recomendado en la literatura especializada y la normatividad médica citada previamente.

79. Asimismo, en la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que se desconoce la evolución que V presentó durante el 10 y 11 de septiembre de 2022, dado que no se anexaron al expediente clínico las notas médicas correspondientes a esos días, lo que incumple con lo establecido en la NOM-DeI expediente clínico. A pesar de ello, el manejo que se le indicó por personal de Cardiología se consignó en las hojas de indicaciones y consistió en alimentación con dieta polimérica⁷², medicamentos para prevenir la formación de coágulos, anticoagulante, antihipertensivos⁷³, que mejoran las contracciones del corazón, que estabilizan la pared interna de los vasos sanguíneos y analgésico, con soporte de oxígeno a dos litros por minuto, monitoreo cardíaco continuo y medidas generales.

80. El 12 de septiembre de 2022, a las 07:00 horas, personal del servicio de Cardiología indicó el manejo descrito en el párrafo anterior y describió que los diagnósticos de ingreso a esa especialidad fueron “[post operado] de traqueostomía percutánea (07/09/2022), choque cardiogénico remitido, insuficiencia cardíaca crónica agudizada NYHA

⁷² Suplemento nutricional que se utiliza en la nutrición enteral y contiene carbohidratos, proteínas y grasas en su forma compleja.

⁷³ Medicamentos utilizados para disminuir el riesgo cardiovascular en los pacientes con hipertensión arterial.

IV/AHA/ACC Estadio D, con [fracción de eyección ventricular izquierda⁷⁴] reducida (19%), infarto agudo al miocardio, sin elevación del segmento ST no reperfundido, cardiopatía isquémica crónica ([infarto agudo al miocardio] anterior extenso 2003 reperfundido con [angioplastia coronaria transluminal percutánea]-colocación de Stent), hipertensión arterial sistémica, lesión renal aguda I remitida”.

81. Más tarde, a las 10:20 horas, personal del servicio de Cardiología señaló en la nota de defunción lo ocurrido con los antecedentes de V previo a su ingreso a ese nosocomio, así como el manejo que se le proporcionó a su arribo, resaltando que el día de su ingreso, personal de Cardiología lo evaluó e informó que en ese momento la sala de Hemodinamia no era funcional, por lo que se sugirió su envío a otra unidad que sí contara con ella. Posteriormente, el 10 de septiembre de 2022, luego de que le realizaron la angioplastia coronaria, V se encontró en el piso de Medicina Interna aparentemente estable; no obstante, el 12 de ese mes y año, personal de Enfermería informó a las 09:50 horas que había presentado ausencia de latido cardíaco, por lo que rápidamente procedieron a realizar maniobras de reanimación durante 30 minutos, sin lograr el restablecimiento de la actividad cardíaca, por lo que a las 10:20 horas se declaró su defunción, registrando los diagnósticos de choque séptico de 48 horas de evolución, cardiopatía isquémica de 19 años y fibrilación auricular de 19 años.

82. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, resulta relevante que, al ingreso a Medicina Interna, no se establecieron los diagnósticos de choque séptico, ni de fibrilación auricular; sin embargo, como ya se detalló, V presentó infección respiratoria por la bacteria *pseudomonas aeruginosa*, para la cual no recibió tratamiento alguno; del mismo modo, V contaba con el antecedente de arritmia cardíaca no especificada tratada con medicamentos para prevenir la arritmia ventricular y la insuficiencia cardíaca.

⁷⁴ Porcentaje de sangre expulsado del ventrículo izquierdo con cada latido.

83. Por lo expuesto en apartados que preceden, es posible hacer hincapié en que del análisis de las evidencias que anteceden, AR1 y AR2 personal médico adscrito servicio de Terapia Intensiva del HG-Tláhuac, AR3 y AR4 personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HG-DFF y el personal administrativo del HG-Tláhuac y del HG-DFF encargado de gestionar el envío de las personas pacientes a una unidad médica del ISSSTE o bien, subrogar el tratamiento a otra unidad particular, incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo dispuesto en los artículos 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, en concordancia con los artículos 9 y 48 del Reglamento de la LGS, en los que se establece que la “atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiendo por ésta “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que los usuarios tiene derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”, igual que un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno; lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

84. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales⁷⁵, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

⁷⁵ 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.

85. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida “es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”⁷⁶; en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”⁷⁷.

86. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁷⁸, señaló que:

(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

87. 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, AR3, AR4 y el personal administrativo de ambos nosocomios encargado de gestionar el envío de las personas pacientes a otra unidad del ISSSTE o bien, subrogar el tratamiento a una unidad particular, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

⁷⁶ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

⁷⁷ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

⁷⁸ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V

88. Las omisiones de 19 y 20 de agosto de 2022, por parte del personal del HG-DFF, consistentes en no solicitar y no tomar de manera prioritaria los estudios de electrocardiograma (en los primeros 10 minutos) y de enzimas cardíacas (en la primera hora), así como el no hacer énfasis en la necesidad del envío de V (durante las dos primeras horas y hasta las 24 horas) a otra unidad del ISSSTE que contara con el servicio de Cardiología (Hemodinamia) para la realización de una angioplastia coronaria o bien, que no se pidiera la subrogación de su atención.

89. Aunadas a las omisiones documentadas del HG-Tláhuac del 22 al 26 de ese mes y año, consistentes en no gestionar el traslado de V a otro nosocomio del ISSSTE que contara con disponibilidad para tratamiento especializado por personal del servicio mencionado o subrogar el tratamiento a otra unidad particular, así como en no brindarle tratamiento antimicrobiano específico para el microorganismo aislado que presentaba en vías respiratorias desde el 30 de agosto de 2022, a pesar de que contaba con criterios para proporcionárselo ante la presencia de un foco infeccioso, ocasionaron que a V no se le otorgara oportunamente el manejo terapéutico necesario para el infarto agudo al miocardio que presentó, por lo que el padecimiento cardíaco crónico (cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca) agudizado, evolucionó hacia el deterioro en su estado de salud a nivel hemodinámico, apareciendo complicaciones neurológicas (enfermedad vascular cerebral de tipo isquémica), lo cual junto con el proceso infeccioso a nivel respiratorio no tratado, contribuyeron a su posterior fallecimiento.

90. Finalmente, **fecha de fallecimiento**, se determinó que el fallecimiento de V fue por choque séptico (48 horas), cardiopatía isquémica (19 años) y fibrilación auricular (19 años).

91. De lo expuesto, se concluye que AR1 y AR2 personal médico adscrito servicio de Terapia Intensiva del HG-Tláhuac, AR3 y AR4 personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HG-DFF y el personal administrativo del HG-Tláhuac y del HG-DFF encargados de gestionar el envío de las personas pacientes a otra unidad del ISSSTE o bien, subrogar el tratamiento a otra unidad particular, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto, y 29, párrafo segundo, de la CPEUM; así como 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud; mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que las personas usuarias tendrán derecho a recibir un tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

92. 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 mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona mayor, 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 e inmediata por parte del personal médico del HG-DFF y del HG-Tláhuac.

93. 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.

94. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”⁷⁹. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

95. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”⁸⁰.

96. Las personas mayores 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

⁷⁹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

⁸⁰ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

envejecimiento activo y saludable.⁸¹

97. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer sus necesidades para que vivan una vejez plena y sana.

98. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁸², explica con claridad que, respecto a la cobertura de los servicios de salud, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios, problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.

99. De igual forma, en la Recomendación 8/2020 se destacó que este derecho de las personas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.⁸³

100. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los

⁸¹ Artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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 (ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador) y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

⁸² Publicado el 19 de febrero de 2019.

⁸³ Párrafo 93.

derechos de las personas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁸⁴, en cuyo artículo 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, se dispone como principio rector la atención preferente para las personas adultas mayores.⁸⁵

101. Esta Comisión Nacional considera que, las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible⁸⁶.

102. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...)”⁸⁷,

⁸⁴ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

⁸⁵ Las instituciones de los tres niveles de gobierno, así como sectores social y privado deben implementar programas acordes a sus diferentes etapas, características y circunstancias; garantizar sus derechos de integridad, dignidad y preferencia, así como a la salud y de acceso a los servicios públicos; propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; además de la obligación que tienen las instituciones públicas del sector salud, de garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

⁸⁶ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

coincidiendo la OMS al precisar que son de “(...) larga duración (...)”⁸⁸.

103. La OMS ha establecido que cuando una persona presenta hipertensión significa que su tensión arterial es demasiado elevada. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular. También puede causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular⁸⁹.

104. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica establece que dicho padecimiento multifactorial es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes mayor que 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes mayor que 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal mayor que 125/75 mmHg, además de que entre 1.5 a 5% de todas las personas hipertensas mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica⁹⁰.

105. Adicionalmente, es menester señalar que, a fin de garantizar una adecuada atención médica a las personas, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en materia de salud, el cual se integra

⁸⁸ OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁸⁹ OMS. “Hipertensión”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada>.

⁹⁰ CNDH. Recomendación 255/2022, párrafo 28.

por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas. El Objetivo tercero de la citada Agenda, consistente en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades (...)”.

106. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

107. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica con 25 años de diagnóstico, debió recibir atención preferencial y especializada en el HG-DFF y en el HG-Tláhuac, a fin de evitar las complicaciones que presentó cuando no le brindaron una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud hasta la pérdida de la vida.

108. Conforme a los artículos 9 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁹¹, el Estado deberá asegurar la atención prioritaria de los servicios integrales de salud a la persona mayor, a fin de garantizar la calidad de vida y evitar que la persona viva algún tipo de violencia.

⁹¹ Organización de los Estados Americanos. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, el 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación. Si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, sí podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

109. De acuerdo con la Opinión Médica emitida por personal especializado de esta Comisión Nacional, se conoce que una vez que V ingresó al HG-DFF, no le fueron realizados de manera prioritaria los estudios de electrocardiograma y enzimas cardíacas, a pesar de su estado de gravedad; además, de que no se hizo énfasis (durante las dos primeras horas y hasta las 24) en la necesidad de su envío a una unidad del ISSSTE que sí contara con los medios para la realización de una angioplastia coronaria o bien, que se pidiera la subrogación del servicio.

110. Contrario a ello, V fue trasladado al HG-Tláhuac, donde la sala de Hemodinamia no era funcional para brindarle el tratamiento de angioplastia coronaria que requería; sin embargo, a pesar que desde su ingreso el 22 de agosto de 2022 y hasta el 26 de ese mes y anualidad, se insistió en su referencia a una unidad de tercer nivel con disponibilidad para brindar el tratamiento especializado por personal de Cardiología (Hemodinamia), esto no se realizó, ni tampoco se gestionó el servicio de forma subrogada; aunado a ello, no se le brindó el tratamiento antimicrobiano para atender la infección en vías respiratorias que presentaba, lo que favoreció su deterioro y contribuyó a su fallecimiento, como ya se mencionó.

111. Es decir, considerando el proceso biológico de envejecimiento y las otras condiciones que acarrea la edad de la persona, las personas mayores son sujetos plenos de derechos, que tendrían que decidir, en lo posible, según los casos, sobre su propia vida y vivir una vejez en dignidad; es por ello que el Estado Mexicano tiene la obligación de proporcionar la atención médica que este grupo poblacional requiere para prolongar la vida de calidad. No obstante, al obstruir el acceso a la atención médica, se vulneró el derecho a la salud con las omisiones administrativas y médicas que se observaron en el presente caso, lo que generó que la vida de V, de la cual se desconoce de cuánto tiempo

más pudo gozar, se acertara y causara un agravio al círculo cercano que la rodeaba.

112. Anteriormente, esta Comisión, se pronunció respecto a las violaciones de los derechos humanos de las personas mayores, en las Recomendaciones: 19/2024, 14/2024, 296/2023 y 282/2023⁹².

113. Por las razones antes referidas, se observó que el enfoque de atención médica del ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona⁹³ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país⁹⁴.

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

114. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

115. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁹⁵, esta Comisión

⁹² Disponibles en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2024-02/REC_2024_019.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2024-02/REC_2024_014.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2024-01/REC_2023_296.pdf y https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2024-01/REC_2023_282.pdf.

⁹³ 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>.

⁹⁴ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

⁹⁵ CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", 31 de enero de 2017.

Nacional consideró que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

116. En tanto que en el *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, la CrIDH indicó que un “expediente médico, adecuadamente integrado, [es 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”.⁹⁶

117. Ahora bien, la NOM-Del expediente clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

118. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica

⁹⁶ CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

recibida.⁹⁷

119. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para la persona 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 a la persona paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁹⁸

120. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V en el HG-DFF

121. De acuerdo con lo señalado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el hecho de haber trasladado a V del HG-DFF al HG-Tláhuac con el expediente clínico que se integró en el primer nosocomio y no con una nota de referencia, es contrario a los

⁹⁷ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

⁹⁸ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

numerales 5.1, 5.4, 6.4 y 8.3⁹⁹ la NOM-Del expediente clínico; derivado de ello, falta evidencia que dé sustento a las gestiones que, según el resumen médico suscrito por personal del servicio de Urgencias, se realizaron (no se especificó el día) durante su estancia en dicho servicio para llevar a cabo la referencia de V a otro nosocomio.

D.2. Inadecuada integración del expediente clínico de V en el HG-Tláhuac

122. De conformidad con la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, en el expediente clínico del HG-Tláhuac no existen notas de evolución de los días 10 y 11 de septiembre de esa anualidad, lo que incumple con el numeral 8.3 de la NOM-Del expediente clínico.

123. De igual forma, por lo que hace a que no existen notas de interconsulta por parte del servicio de Cardiología de 22 de agosto de 2022, relativa a su aceptación en el HG-Tláhuac; de la UCIA y del servicio de Medicina Interna de 27 de ese mes y año, en las que se asentara su negativa de aceptar a V en dichas áreas; ni nota médica

⁹⁹ 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal. 5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. 6.4 Nota de referencia/traslado. De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de: 6.4.1 Establecimiento que envía; 6.4.2 Establecimiento receptor; 6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo: 6.4.3.1 Motivo de envío; 6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); 6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo. 8.3 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

relacionada con la valoración realizada por personal del servicio de Neurología de 28 de agosto de 2022, en la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que se incumplió con el numeral 6.3¹⁰⁰ de la NOM-Del expediente clínico.

124. El haber traslado a V a otro nosocomio con el expediente clínico que se integró en el HG-DFF y las omisiones en la integración del que se inició en el HG-Tláhuac por parte del personal que omitió dejar constancia de su atención en las notas de las fechas citadas, constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de V o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, VI1 y VI2 a que conocieran la verdad, por tanto, se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

125. La inobservancia de la NOM-Del expediente clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022¹⁰¹, entre otras.

¹⁰⁰ 6.3 Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

¹⁰¹ Disponibles en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-06/REC_2023_084.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-06/REC_2023_083.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-06/REC_2023_082.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-05/REC_2023_067.pdf, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-03/REC_2023_026.pdf,

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

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

127. Es importante mencionar que si bien no se contó con el expediente clínico de V en el HG-DFF, esta Comisión Nacional solicitó al ISSSTE que proporcionara los datos del personal médico que intervino en la atención de V los días 19 y 20 de agosto de 2022; en respuesta y sin mayor especificación, el Instituto proporcionó el nombre y número de cédula profesional de AR3 y AR4 como el personal que le brindó el servicio a V durante todo su internamiento en el HG-DFF (es decir, del 19 al 22 de ese mes y anualidad). Por lo expuesto, ante la falta de certeza para identificar quién o quiénes atendieron a V sólo los días 19 y 20 de agosto de 2022, para esta Comisión Nacional debe ser el OIC-ISSSTE quien deslinde las responsabilidades correspondientes.

128. La responsabilidad de AR3 y AR4 del servicio de Urgencias del HG-DFF, de AR1 y AR2 del servicio de Terapia Intensiva del HG-Tláhuac, y del personal administrativo

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-02/REC_2023_014.pdf,
https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-05/REC_2022_094.pdf
https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-02/REC_2022_040.pdf.

adscrito al HG-DFF y al HG-Tláhuac que resulte responsable, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención médica proporcionada a V, lo que culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al trato digno en su calidad de persona mayor, con base en lo siguiente:

128.1. AR3 y AR4 omitieron solicitar y tomar de manera prioritaria los estudios de electrocardiograma (en los primeros 10 minutos) y enzimas cardíacas (en la primera hora).

128.2. AR3, AR4 y el personal administrativo del HG-DFF que resulte responsable omitieron hacer énfasis en la necesidad de enviar a V, durante las dos primeras horas, a otra unidad del ISSSTE que sí contara con los medios para la realización de una angioplastia coronaria.

128.3. AR1 y AR2 omitieron brindarle a V el tratamiento antimicrobiano que requería para atender la infección en vías respiratorias que presentaba.

128.4. El personal administrativo del HG-Tláhuac que resulte responsable por no gestionar el envío de V a una unidad del ISSSTE que contara disponibilidad para tratamiento especializado por personal de Cardiología (Hemodinamia) o bien, subrogar el tratamiento a una unidad particular.

129. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para el personal médico del ISSSTE, quienes, como ya se precisó, infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico, al enviar a V a otro nosocomio con el expediente clínico que se integró en el HG-DFF y, en el HG-Tláhuac, al omitir dejar constancia de su

atención los días 22, 27 y 28 de agosto, así como 10 y 11 de septiembre de 2022, de quienes se debe investigar su identidad, en virtud de que, con su actuación, se vulneró el derecho de QVI, VI1 y VI2 al acceso a la información en materia de salud.

130. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico y administrativo de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

131. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

132. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 6, fracción III, 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional

en ejercicio de sus atribuciones solicitará al ISSSTE la reapertura del Expediente Administrativo de Investigación iniciado ante el OIC-ISSSTE, a fin de que se aporte al citado expediente los elementos probatorios y evidencias señaladas en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas que sustenta el presente pronunciamiento, con motivo de la deficiente atención médica brindada a V por AR1 y AR2 personal médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva del HG-Tláhuac, AR3 y AR4 personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HG-DFF y el personal administrativo del HG-Tláhuac y del HG-DFF encargado de gestionar el envío de las personas pacientes a una unidad médica del ISSSTE o bien, subrogar el tratamiento a otra unidad particular, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente.

E.2. Responsabilidad institucional

133. Conforme al párrafo tercero del artículo 1 de la CPEUM:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

134. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los

organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

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

136. En el presente documento, ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del HG-Tláhuac, toda vez que el 22 de agosto de 2022, cuando V arribó al servicio de Urgencias, la sala de Hemodinamia no era funcional para realizarle una angioplastia coronaria, la cual era necesaria como tratamiento para el infarto agudo al miocardio que presentó, por lo que incumplieron con los artículos 27, fracción VIII, de la LGS, 26 del Reglamento de la LGS y 85 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.

137. Con relación con el punto que antecede, este Organismo Nacional evidenció que en el HG-DFF no se hizo énfasis en la necesidad del envío de V a una unidad del ISSSTE que contara con los medios para la realización de una angioplastia coronaria que necesitaba, o bien, para que se pidiera la subrogación del servicio; en el mismo sentido, en el HG-Tláhuac, a pesar de que se insistió en su referencia a una unidad de tercer nivel con disponibilidad para brindar el tratamiento señalado, ésta no se realizó, ni tampoco se gestionó el servicio de forma subrogada. Ante tal conducta dilatoria existe responsabilidad institucional a cargo de ambos nosocomios, al no haberse proveído en forma oportuna la atención médica que V requería, no obstante su grave estado de salud.

138. Por otra parte, las irregularidades que se advirtieron en la integración de los expedientes clínicos de V en el HG-DFF, el cual se envió al HG-Tláhuac, y en este último nosocomio, ya que no existen constancias de la atención brindada a V los días 22, 27 y 28 de agosto, así como 10 y 11 de septiembre de 2022, constituyen una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración del expediente clínico, con fundamento en el numeral 5.1 de la NOM-Del expediente clínico que establece que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

139. 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 CPEUM; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

140. 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), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97 fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona mayor; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2 debiéndoseles inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que accedan a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

141. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas, así como en diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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, en su caso, sancionar a los responsables.

142. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH enunció que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener

un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”¹⁰².

143. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que:

*(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).*¹⁰³

144. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de rehabilitación

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

146. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV y atendiendo a la LGV, deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica, que en su caso

¹⁰² CrIDH, *Caso Espinoza González Vs. Perú*. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

¹⁰³ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175

requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio.

147. Así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

148. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material y/o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"¹⁰⁴.

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

¹⁰⁴ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

Recomendación, que esté acompañada del Formato Único de declaración respectivo, diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

150. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la LGV, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por las víctimas, 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 éstas así lo requieran, inicien con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

151. 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 éstas no hayan 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 LGV; para que cuando éstas así lo soliciten ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero, de la CPEUM, así como el numeral 7, de la LGV, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud

de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

152. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la LGV, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

153. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE instruya a quien corresponda, a fin de que se colabore en el seguimiento de la solicitud de reapertura del Expediente Administrativo de Investigación que esta CNDH realice al OIC-ISSSTE, a fin de que sea esa instancia la que determine lo que en derecho proceda, de conformidad con el artículo 100 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, tomando en cuenta para ello, lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento. Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

154. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la LGV, 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.

iv. Medidas de no repetición

155. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

156. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias y al personal administrativo encargado de gestionar el traslado de pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio en el HG-DFF, en particular a AR3 y AR4 en caso de encontrarse activos laboralmente, así como al servicio de Terapia Intensiva de la UCIA y al personal administrativo encargado de gestionar el traslado de pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio en el HG-Tláhuac, particularmente a AR1, en caso de encontrarse activo laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender además, a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o

constancias de participación; todo lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

157. Por otra parte, en el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias del HG-DFF, al servicio de Terapia Intensiva de la UCIA del HG-Tláhuac, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica con un enfoque especializado para personas mayores y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional, así como al personal administrativo del HG-DFF y del HG-Tláhuac encargado de gestionar el traslado de las personas pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio destacando los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud para garantizar que se agoten las instancias pertinentes para la referencia de los pacientes, para lo cual deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello, a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

158. De igual forma, en el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular dirigida al personal médico y administrativo adscrito a la Unidad de Hemodinámica del HG-Tláhuac, a efecto de que periódicamente supervisen que esté prevista de recursos materiales que garanticen su funcionamiento, así como el fortalecimiento de las gestiones y procedimientos administrativos que deben agotarse para ese fin, para lo cual deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; lo anterior para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

159. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, 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.

160. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, directora general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del Formato Único de declaración respectivo, diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica, que en su caso requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es 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. Colaborar en el seguimiento de la solicitud de reapertura del Expediente Administrativo de Investigación que esta CNDH realice al OIC-ISSSTE, a fin de que sea esa instancia la que determine lo que en derecho proceda, de conformidad con el artículo 100 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, tomando en cuenta para ello, lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, y se envíen las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y

la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias y al personal administrativo encargado de gestionar el traslado de pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio en el HG-DFF, en particular a AR3 y AR4 en caso de encontrarse activos laboralmente, así como al servicio de Terapia Intensiva de la UCIA y al personal administrativo encargado de gestionar el traslado de pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio en el HG-Tláhuac, particularmente a AR1, en caso de encontrarse activo laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender además, a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias de participación; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire instrucciones para que, en el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico de los servicios de Urgencias del HG-DFF, al servicio de Terapia Intensiva de la UCIA del HG-Tláhuac, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica con un enfoque especializado para personas mayores y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional, así como al personal administrativo del HG-DFF y del HG-Tláhuac encargado de gestionar el traslado de las personas pacientes a otra unidad médica del ISSSTE o de subrogar el servicio destacando los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud para garantizar que se agoten las instancias pertinentes para la referencia de los

pacientes, para lo cual deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Gire instrucciones para que, en el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular dirigida al personal médico y administrativo adscrito a la Unidad de Hemodinámica del HG-Tláhuac, a efecto de que periódicamente supervisen que esté prevista de recursos materiales que garanticen su funcionamiento, así como el fortalecimiento de las gestiones y procedimientos administrativos que deben agotarse para ese fin, para lo cual deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

161. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas 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 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

163. De igual forma, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo 15 días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM