RECOMENDACIÓN NO. 238/ 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; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 Y VI2, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 16 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TORREÓN, COAHUILA

Ciudad de México a, 29 de octubre 2024

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 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/PRESI/2022/14379/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Personal Administrativo y Directivo	PAD

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/ Organismo Nacional/ Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos CrIDH	CrIDH
Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila	HGZ No. 16
Unidad Médica de Alta Especialidad número 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila	UMAE No. 71
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Suprema Corte de Justicia de la Nación SCJN	SCJN
Fiscalía General de la República	FGR

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	**SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA**
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM-IMSS
Guía de Práctica Clínica Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardiaca en el Adulto IMSS-455-11	GPC-IMSS-455-11
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología.	NOM-006-SSA3-2011
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012

NORMATIVIDAD	
Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria y post- operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-066 IMSS, Modalidad B, Cirugía programada	Procedimiento 2660-003-066 IMSS
Literatura Médica Especializada	LME

I. HECHOS

5. El 18 de noviembre de 2022, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional donde manifestó que el 1 de junio de 2022, su concubino V ingresó al HGZ No.16, ya que le fue programada una cirugía de hernia abdominal, la cual se realizó de las 23:46 horas del 1 de junio a las 5:00 horas del 2 de junio de 2022; siendo las 5:30 horas del 2 de junio de 2022, personal médico del hospital le informó a QVI que, durante la intervención quirúrgica existieron complicaciones, que V fue intubado en dos ocasiones; además que, un pulmón se colapsó, debido a su estado de gravedad se había solicitado su traslado a terapia intensiva de la UMAE 71, indicándole que V no podía estar intubado por más de tres días ya que corría el riesgo de contraer neumonía; no obstante, su traslado no se llevó a cabo por deficientes trámites administrativos y, V falleció el 7 de junio de 2022 por diversos hechos de los que QVI solicitó la intervención de esta CNDH.

6. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/PRESI/2022/14379/Q**, a fin de documentar las violaciones a derechos

humanos, se solicitó diversa información al IMSS, el cual proporcionó copias del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Escrito de queja de 18 de noviembre de 2022, donde QVI, refirió presuntas irregularidades en la atención médica de V, que atribuyó a personas servidoras públicas del HGZ No. 16, a la que adjuntó acta de defunción de V, así como actas de nacimiento de VI1 y VI2.

8. Correo electrónico enviado por personal adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, de 25 de enero de 2023, mediante el cual, se adjuntaron las siguientes documentales:

8.1 Oficio 0509012151/CIR/04/23, de 24 de enero de 2023, suscrito por PSP1, Jefe de Servicios de Cirugía General HGZ No. 16, en el que se hizo constar la atención médica proporcionada a V, así como el personal involucrado en ella.

8.2 Expediente clínico de V, del cual destaca lo siguiente:

8.2.1 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17 de 20 de mayo de 2022, suscrita por AR1 personal médico cirujano adscrito al HGZ No.16, en la que consta el nombre de V, para la

realización de la cirugía denominada “plastía”[1], electiva[2] por diagnóstico de hernia ventral[3].

8.2.2 Carta de consentimiento informado, en la que consta las firmas de V y AR1.

8.2.3 Notas médicas y prescripción, nota preoperatoria, de 1 de junio de 2022, elaborada por AR2 personal médico cirujano adscrito al HGZ No. 16, en la que asentó que V presentaba obesidad grado II[4].

8.2.4 Lista de verificación suscrita por AR2.

8.2.5 Nota de valoración preanestésica de 1 de junio de 2022, elaborada por AR3 personal médico anestesiólogo adscrito al HGZ No. 16, donde se estableció que V se encontraba en la categoría de riesgo ASAIII[5]; y nota agregada de transanestésica[6], en la que asentó la realización del bloqueo subaracnoideo realizado a V, que la cirugía se realizó sin

[1] Operación quirúrgica con la cual se pretende restablecer, mejorar o embellecer la forma de una parte del cuerpo.
[2] Programada, no urgente.
[3] Son sacos bolsas que se forman cuando el recubrimiento interior del abdomen se sale a través de un orificio en la pared abdominal, a menudo suceden en lugares donde alguna vez se realizó un corte quirúrgico.
[4] La Organización Mundial de la Salud indica que es cuando el Índice de Masa Corporal está entre 35.0 y 39.9.
[5] Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.
[6] De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, los cuidados transanestésicos son la serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante la anestesia.

incidentes o accidentes y que estaba hemodinámicamente estable con tendencia a la hipotensión.

8.2.6 Hojas de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico de 1 de junio de 2023, en la que se dejó constancia de los signos vitales de V, así como la ministración de medicamentos por parte de personal de enfermería y en la que se asentó el inicio de anestesia general a las 1:40 horas.

8.2.7 Hoja de referencia-contrarreferencia, elaborada por AR2 en la que asentó que V presentaba complicaciones pulmonares.

8.2.8 Nota de 2 de junio de 2022, a las 7.30 horas, elaborada por AR2 mediante el cual solicitó el envío de V a terapia intensiva.

8.2.9 Nota de 2 de junio de 2022, a las 12.00 horas, elaborada por AR4 médico cirujano general adscrito al HGZ No. 16, mediante el cual solicitó interconsulta a terapia intensiva UMAE 71, asentando que dejó solicitud en dirección médica.

8.2.10 Nota de 2 de junio de 2022, a las 21:05 horas, elaborada por AR5 personal médico internista adscrito al HGZ No. 16, en la que reportó a V como grave y alta mortalidad en ese momento.

8.2.11 Nota de 3 de junio de 2022, a las 15.05 horas, elaborada por AR6 personal médico internista adscrito al HGZ No. 16, en la que reportó a V como grave.

8.2.12 Nota de 4 de junio de 2022, a las 15.05 horas, elaborada por AR6 en la que asentó que se realizó angiotomografía a V y no se concluyó presencia de trombosis en vasopulmonares.

8.2.13 Nota de 5 de junio de 2022, a las 12.00 horas, elaborada por AR7 personal médico cirujano adscrito al HGZ No. 16, en la que asentó que V presentaba hipotensión, taquicardia y fiebre.

8.2.14 Nota de 5 de junio de 2022, a las 22:00 horas, elaborada por AR8 personal médico internista adscrito al HGZ No. 16, en la que reportó a V como grave y alta mortalidad en ese momento.

8.2.15 Nota de 6 de junio de 2022, a las 8:00 horas, elaborada por AR4, en la que reportó que por la noche V presentó agitación psicomotriz, por lo que se realizó sedación.

8.2.16 Nota de 6 de junio de 2022, a las 15:00 horas, elaborada por AR6, en la que asentó que, ante el proceso febril y taquicardia, se informó a familiares de alto riesgo de complicación a corto plazo.

8.2.17 Nota de 7 de junio de 2022, a las 1:33 horas, elaborada por AR9, personal médico internista adscrito al HGZ No. 16, y AR2 en la que realizaron nota de defunción de V.

8.2.18 Certificado de defunción de V.

9. Correo electrónico de 9 de febrero de 2023, del personal del IMSS, por el que remitió el oficio 0509012151/ANESTESIO/07/23, de 24 de enero de 2023, suscrito

por PSP2, Jefe de Quirófano y Anestesiología del HGZ No. 16, mediante el cual rindió un informe de la atención brindada a V en dicho nosocomio.

10. Correo electrónico de 24 de octubre de 2023, enviado por personal adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS; al que adjuntó el Acuerdo de 23 de junio de 2023, mediante el cual la Comisión Bipartita, resolvió la QM como improcedente.

11. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 21 de marzo de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se concluyó que la atención proporcionada a V del 1 al 7 de junio de 2023, en el HGZ No. 16 fue inadecuada.

12. Acta circunstanciada de 21 de junio de 2024, elaborada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, en la que hace constar comunicación con el representante legal de QVI.

13. Acta circunstanciada de 5 de septiembre de 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional hace constar comunicación telefónica con el representante legal de QVI, ocasión en la cual informó que había presentado denuncia penal, en la cual se había determinado el no ejercicio de la acción penal.

14. Oficio FGR/FEMDH/USQCR/6068/2024 de 2 de octubre de 2024, suscrito por el Titular de la Unidad de Seguimiento a Quejas, Conciliaciones y Recomendaciones de la CNDH de la FGR, al que adjuntó:

14.1 Oficio TORR-EILI-C5-822/2024, de 18 de septiembre de 2024, suscrito por la Agente del Ministerio Público de la Federación Titular de la Célula I-5 Torreón,

estado de Coahuila de Zaragoza, informó que, por los hechos materia de esta Recomendación, se investigó en la CI en la cual se determinó el no ejercicio de la acción penal y se dio vista al OIC.

15. Oficio 00641/30.102/QDI-3353/2024 de 11 de octubre de 2024, firmado por el Jefe de Grupo adscrito al Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC en Coahuila, mediante el cual informó que en esa Área se encuentra radicado el EA, en el que se investigan presuntas irregularidades administrativas atribuibles a personal adscrito al Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva de la UMAE No. 71, con motivo de no disponer de los recursos necesarios para la atención médica de V.

16. Acta circunstanciada de 22 de octubre de 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional hace constar comunicación telefónica con el representante legal de QVI, que informó que no estaba en posibilidad de proporcionar información sobre su representada y que impugnó la determinación del no ejercicio de la acción penal decretado en la CI, sin contar con mayor dato.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Esta Comisión Nacional, tiene conocimiento que el 23 de junio de 2023, la Comisión Bipartita emitió acuerdo de resolución de la QM, la cual resultó improcedente desde el punto de vista médico, sin que se cuente con evidencia de que dicha determinación fuera recurrida por QVI.

18. La FGR informó que el 18 de noviembre de 2022 inició Carpeta de Investigación con motivo de la denuncia de QVI, en la cual se determinó el no ejercicio de la

acción penal, lo cual le fue notificado el 10 de enero de 2024, la cual fue recurrida por el representante de QVI, sin que se cuente con información de la determinación.

19. Se contó con evidencia de que el OIC radicó por la vista administrativa otorgada por personal de la FGR el EA, en el cual solicitó la investigación de presuntas irregularidades administrativas por personal de la UMAE No. 71, el cual se encuentra en investigación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2022/14379/Q,** en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida por inadecuada atención médica y al trato digno en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, por actos y omisiones de las personas servidoras públicas del HGZ No. 16; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

21. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser

entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.[7]

22. Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan "(…) formular recomendaciones a las autoridades competentes (…)".

23. El artículo 4° de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades".[8] Lo anterior también ha sido motivo de pronunciamiento por la SCJN a través de la tesis jurisprudencial sobre el derecho a la salud y su protección.[9]

24. El comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud "como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud".[10]

---

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

[8] Ley General de Salud, artículo 1° Bis.

[9] Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.) DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE. Registro 2022890.

[10] Observación General 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud" (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

25. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), reconoce que "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"; así como que los Estados partes "se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de la salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado".

26. 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".

27. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad.[11]

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

28. Además, advirtió que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

29. Para garantizar la 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.

30. 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.[12] En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en todas las edades.

31. Los artículos 1°, 2°, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracción V de la LGS; 8°, fracciones I y II; 9° y 48 del RLGS; XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 10.3, 12.1, 12.2, inciso a) y d) del Pacto Internacional de

[12] Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 219/418.

Derechos Civiles y Políticos, en términos generales prevén el derecho a la protección de la salud.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGZ No. 16

32. En el presente asunto V, al momento de los hechos materia de esta Recomendación, presentaba obesidad mórbida[13], con antecedente de hipertensión arterial sistémica[14] de 10 años de evolución, en tratamiento con losartán y post operado de hernia ventral, la cual después de 6 años de haberse operado volvió a formarse.

33. El 20 de mayo de 2022, en el turno de AR1 médico no familiar cirujano adscrito al HGZ No. 16, se elaboró "Hoja de autorización, solicitud y registro de Intervención Quirúrgica 4-30-59/17", mediante la cual se solicitó a favor de V, cirugía denominada plastía electiva por diagnóstico de hernia ventral; es decir, cirugía para corregir hernia de pared abdominal, la cual fue programada para el 1 de junio de 2022, a las 21:00 horas; estimando que dicha intervención duraría 2 horas; además se sugirió anestesia regional[15].

34. La citada hoja fue suscrita por AR1 y en ella se anotó únicamente el nombre de V, sin que obre su firma o huella; lo anterior resulta relevante y congruente con lo manifestado por QVI en su escrito de queja, en la que refirió que V consultó a AR1

[13] Según la Organización Mundial de la Salud, un índice de masa corporal superior a 25 se considera sobrepeso, y superior a 30, obesidad.
[14] Presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg.
[15] El uso de medicamentos para bloquear el dolor de una zona del cuerpo, como un brazo, una pierna o el abdomen.

en su consultorio particular y éste le indicó que podía intervenirlo en el HGZ No. 16 dado que ahí laboraba; además, realizaría los trámites administrativos; por lo que el 31 de mayo de 2022, desde la Jefatura de Cirugía Clínica le marcaron para informarle que su cita estaba programada para el 1 de junio 2022, debiendo presentar su orden de internamiento; en ese contexto, es posible establecer que tal como lo señaló QVI, fue AR1 quien tramitó la cirugía de V ante el IMSS.

35. Lo anterior se robustece, ya que en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se constató que no existe dentro del expediente médico notas médicas previas referentes a la atención otorgada a V en el área de consulta externa de cirugía general en el HGZ No. 16, ni estudios de laboratorio, tales como biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, ni de imagen o electrocardiograma, con los cuales se haya descartado la presencia de alteraciones metabólicas, descrito adecuadamente el defecto herniario o se hayan practicado las valoraciones prequirúrgicas necesarias para completar el protocolo quirúrgico; por lo que AR1, realizó el trámite de registro del evento quirúrgico sin contar con esos estudios clínicos, por lo que no fue apegado al Procedimiento 2660-003-066 IMSS.

36. El 1 de junio de 2022, V se presentó en el HGZ No. 16, ocasión en la cual, le fue entregada su orden de internamiento; además, AR1 le hizo saber las complicaciones propias de cualquier intervención quirúrgica, mediante la carta de consentimiento informado, firmando AR2 médico cirujano general adscrito al HGZ No. 16, como testigo.

37. A pesar de que la cirugía estaba programada a las 21:00 horas, fue hasta las 23:00 horas, que AR2 realizó la valoración preoperatoria, consignando en la nota

correspondiente, que los signos vitales de V se encontraban dentro de parámetros normales; el antecedente de hipertensión arterial sistémica; que el padecimiento motivo de consulta fue reparación de una hernioplastia; además, de la exploración física resaltó la presencia de hernia incisional abdominal en epigastrio[16] y mesogastrio,[17] siendo esto un anillo herniario[18] mayor a 5 cm; que presentaba obesidad grado II[19]; además, reportó resultados de laboratorio en parámetros normales.

38. AR2 en su valoración omitió pesar y medir a V; no obstante, estableció un "Riesgo quirúrgico ASA II[20]", siendo que V presentaba obesidad grado III; por lo que desestimó los riesgos pulmonares, cardiacos y de trombosis en pacientes con ese grado de obesidad; lo cual se confirmó ya que no existe constancia dentro del expediente clínico que hubiese iniciado manejo profiláctico con anticoagulante o antiagregante plaquetario para evitar desprendimientos de trombos sanguíneos, ni colocación de vendaje compresivo de piernas, por lo que el manejo médico que brindó no fue apegado a las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11.

39. El 1 de junio de 2023, AR3 especialista en anestesiología adscrito al HGZ No. 16, también llevó a cabo la valoración preanestésica de V, en la que resaltó el peso de 120 kilogramos y estatura de 1.72 metros, sin hacer mención en su nota que V era un paciente con obesidad mórbida, estableció la categoría ASA III, es decir,

[16] Región anterior del abdomen que se extiende desde la punta del esternón hasta cerca del ombligo
[17] Es el área que rodea a la cicatriz umbilical, se encuentra por debajo del epigastrio.
[18] Orificio fibroso cicatricial, habitualmente redondeado, a través del cual entra y sale del abdomen alguna víscera o grasa abdominal, por un defecto congénito o adquirido de la pared abdominal.
[19] La Organización Mundial de la Salud indica que es cuando el índice de Masa Corporal está entre 35.0 y 39.9).
[20] Paciente con una enfermedad sistémica leve y sin limitación funcional.

paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.

40. La GPC-IMSS-455-11, establece que los pacientes con ASA III con cirugía electiva no cardiaca pueden ser referidos para su atención a tercer nivel, y si bien en la misma Guía se indica que los pacientes adultos candidatos a cirugía programada con comorbilidades controladas pueden ser operados en hospital de segundo nivel de atención; también lo es que en el caso en particular, V ingresó sin protocolo quirúrgico adecuado para personas con obesidad mórbida, en el que se tomaran en cuenta los factores de riesgo que presentaba para desarrollar complicaciones respiratorias y cardiovasculares durante el evento anestésico o quirúrgico; a pesar de ello AR3 no canceló la cirugía, la cual era electiva y no urgente, e indicó realizar bloqueo subaracnoideo[21], por lo que desde el punto de vista médico es posible determinar que el manejo realizado por ese especialista no fue apegado a las recomendaciones de la Guía antes referida.

41. Por lo que, AR3 continuó con el procedimiento anestésico, dejando asentado en la *"Nota Trans anestésica"* que la tensión arterial de V era de 176/97 mmHg, dato que contrastaba con la toma de presión previa que era normal de 121/81 mmHg; en ese momento la elevación de la cifra de tensión arterial representaba hipertensión arterial grado II[22] y con calificación ASA lll, procedió a realizar el bloqueo subaracnoideo; asentando que V se mantenía hemodinámicamente estable, con tendencia a la hipotensión por cifras de 60/40 mmHg.

[21] Técnica anestésica regional, también se llama anestesia espinal, bloqueo espinal.
[22] Según la OMS Grado II: Presión sistólica 160-179 mmHg y/o diastólica 100-109 mmHg.

42. De la hoja de "Cuidados *de* enfermería al paciente quirúrgico", se advirtió que a las 23:40 horas, del 1 de junio de 2024, la presión arterial de V era alta[23], pero de forma abrupta a las 00:20 horas, la presión arterial bajó a cifras alarmantes[24] llamando la atención que la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno se mantuvieron en niveles aceptables. A las 00:50 horas, V continuó con cifras de 57/55 mmHG; a las 1:50 horas con hipotensión de 67/39 mmHg, por lo que a las 2:10 horas el anestesiólogo suministró líquidos parenterales, sin observarse mejoría significativa; así hasta las 4:00 horas que la presión arterial subió a 97/52 mmHg.

43. Desde el punto de vista médico legal, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que si las/los pacientes como en el caso de V, van de la hipertensión a la hipotensión no se puede decir que hay una "estabilidad hemodinámica", ya que ante el dato indicativo de hipoperfusión (hipotensión arterial sostenida transquirúrgica) AR3 debió investigar las causas, como solicitar una radiografía de tórax portátil para descartar la causa atribuible a ventilación mecánica; sin embargo, se concretó únicamente a administrar soluciones intravenosas, sin presentarse recuperación de la tensión arterial, lo que descartaba que la hipotensión fuera por disminución de líquidos, por tanto, se consideró que AR3 no empleó el manejo descrito en la LME para corregir la hipotensión durante el tiempo transquirúrgico, como lo era la administración de vasopresores, por lo que el manejo médico instaurado no fue apegado a los lineamientos establecidos en la NOM-006-SSA3-2011.

[23] De 179/98 mmHg (hipertensión) la saturación de oxígeno en nivel bajo normal de 94% (normal 94-100), contaba con frecuencia respiratoria con leve aumento en la frecuencia respiratoria de 24 por minuto (normal de 18-22 por minuto). Opinión Médica CNDH.
[24] De 55/22 mmHG Opinión Médica CNDH.

44. Además, la LME señala que, el anestesiólogo debe minimizar las fluctuaciones de la presión en el intraoperatorio, evitando especialmente hipotensiones sostenidas; situación que no fue observada por AR3, ya que previo a cualquier procedimiento quirúrgico debió valorar la predisposición de V a una saturación de oxígeno arterial más baja y/o síndrome de hipoventilación por obesidad.

45. AR3, asentó en su nota trans anestésica que la cirugía se realizó sin incidentes o accidentes; lo cual es contradictorio al mencionar en el mismo documento que "...Cirugía se extiende, por lo que se decide realizar anestesia general...Termina cirugía a las 04.50 horas...", omitiendo explicar por qué fue necesario extender el tiempo quirúrgico y en qué horario cambió a anestesia general; es decir, si hubo algún incidente que ameritaba ampliar el tiempo quirúrgico, situación que no fue asentada en ningún momento.

46. Además, de la misma nota se desprende que durante la anestesia general, V presentó agitación psicomotriz[25] y desaturación de oxígeno, datos condicionantes de una acidosis metabólica, por lo que fue sedado y toda vez que no se logró mejoría en sus condiciones, ameritó intubación orotraqueal para ventilación mecánica. Además, se reportó a V con "rudeza respiratoria"[26]; asentando que, al terminar la cirugía, le retiró la mascarilla laríngea[27] que fue requerida en la cirugía para control respiratorio.

[25] Es un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna.
[26] Ruidos que parecen ronquidos y ocurren cuando el aire queda obstruido o el flujo de aire se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias.
[27] Es un tubo para la vía aérea supraglótica que se introduce par vía oral y tiene una máscara con manguito en un extremo y forma un sello de baja presión alrededor de la entrada laríngea.

47. En la Opinión Médica de esta CNDH, se estableció que AR3, omitió enviar a V a un tercer nivel de atención por haberlo calificado con riesgo quirúrgico ASA III, desestimó las complicaciones cardiopulmonares y de trombosis asociadas a la obesidad, así como prever que el paciente al término de la cirugía requeriría el ingreso al Servicio de terapia intensiva[28], por lo que AR3 no se apegó a las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11, ni a los lineamientos de la NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología, poniendo en peligro la vida de V.

48. Por lo que respecta a la cirugía abdominal, ésta se realizó por AR2, con la ayuda de AR1, de las 23:40 horas del 1 de junio de 2022 hasta las 4:40 horas del día siguiente, reportando como hallazgo en la nota correspondiente, múltiples adherencias de epiplón a tejido celular subcutáneo, defecto herniario de 15x20 cm aproximadamente, 2 defectos de pared adyacentes a defecto herniario de 1 cm aproximadamente, por lo que se realizó plastia abdominal y se colocó malla retromuscular de polpropileno; sin embargo, en el post operatorio, a la extubación presentó agitación psicomotriz, hipercapnia y desaturación (sin que se especificara la cifra) por lo que se decidió sedar nuevamente, encontrando rudeza respiratoria bilateral en ambos hemitórax.

49. No obstante, AR2 no asentó que V presentó complicación durante la cirugía que ameritara ampliación del tiempo quirúrgico; tampoco se dejó constancia que se suspendiera la cirugía para cambio de anestesia epidural a general, si hizo constar que mediante una radiografía de tórax (sin especificar la hora de realización) advirtió *"... velamiento completo de pulmón izquierdo..."*, lo que significa que tuvo conocimiento que el pulmón se colapsó, lo cual requería manejo por especialista

[28] Es la atención médica para personas que tienen lesiones y enfermedades que pueden ser mortales.

en neumología urgente, toda vez que era un pulmón no funcional que condicionó la baja de oxígeno a todo el organismo, que obligaba a descartar hemotórax, atelectasia o derrame pleural masivo; por Io anterior, AR1 y AR2 contravinieron Io estipulado en el artículo 2, fracción V y 7 del RPM-IMSS.

50. Además, si bien de la "Hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico" en el rubro de "Nota transoperatoria de enfermería" (sin fecha ni horario) se registró que el inicio con anestesia general a V, fue a la 01:40 horas; sin embargo, tampoco se asentó por qué se realizó el cambio, ni la complicación que se presentó en el acto quirúrgico, sin que se observe solicitud urgente para traslado a un hospital de tercer nivel que contara con servicio de terapia intensiva, ante el hecho, de que en el HGZ 16, no contaba con ese servicio. Con lo anterior, se confirma que los médicos cirujanos tratantes AR1 y AR2, desestimaron las potenciales complicaciones pulmonares en pacientes obesos, y que la principal complicación es la "atelectasia", que es el colapso completo o parcial del pulmón entero o de una parte del pulmón, causada por una obstrucción bronquial, siendo la anestesia general una causa común de atelectasia en pacientes con obesidad porque cambia el ritmo regular de respiración y afecta el intercambio de gases pulmonares.

51. La obesidad es un factor de riesgo per se de fenómenos tromboembólicos, recomendándose que todos los pacientes obesos reciban algún tipo de profilaxis, medidas que no fueron aplicadas por los especialistas en cirugía general multicitados AR2 y AR1, ni por AR3.

52. Para las 07:30 horas del 2 de junio de 2022, AR4 personal médico adscrito al

HGZ No. 16, indicó tratamiento[29]. Posteriormente, fue ingresado al piso de medicina interna en manejo conjunto con cirugía general, se solicitó dímero "D" [30] urgente; así como envío a terapia intensiva; omitió solicitar de manera urgente valoración por especialista en neumología para tratamiento oportuno del problema pulmonar con el cual V salió de quirófano.

53. El 2 de junio de 2022 a las 12:00 horas, AR4 consignó los signos vitales,[31] solicitó interconsulta a medicina interna para manejo conjunto y apoyo de la ventilación, así como envío a unidad de cuidados intensivos de la UMAE 71, misma que fue entregada en Dirección.

54. Ese mismo día, a las 21:05 horas, AR5 especialista en medicina interna adscrito al HGZ No. 16, acudió a valorar V a petición del Servicio de inhaloterapia (sin que exista documentación agregada referente a dicha atención por especialista de ese servicio), encontrando a V con insuficiencia respiratoria[32], asociada a atelectasia y disfunción del globo de tubo endotraqueal[33], por Io que realizó nueva intubación, bloqueo neuromuscular con vecuronio 08 mg, se aspiraron abundantes secreciones blanquecinas opacas[34] y asentó que continuaban en espera de cama en terapia intensiva UMAE No. 71.

---

[29] Ayuno, solución Hartman 1000 cc, omeprazol (protector de la mucosa gástrica), ketorolaco (analgésico), cefotaxima (antibiótico), cuidados generales de enfermería, control estricto de líquidos, cuidados de catéter central, cuidados de herida quirúrgica, cuantificar gasto de drenovac (drenaje postquirúrgico de heridas, mediante alta presión negativa) por turno, ventilación mecánica invasiva.
[30] Es un fragmento de proteína que se produce cuando un coágulo de sangre se disuelve en el cuerpo.
[31] Presión arterial de 115/65 mmHg (120/65 mmHg), frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto (normal 60-100 latidos por minuto), frecuencia respiratoria 20 por minuto (normal 18-22 por minuto), temperatura 36.5°C.
[32] Afección grave que dificulta respirar por uno mismo.
[33] Mal oclusión de globo de la intubación.
[34] Con datos macroscópicos de proceso infeccioso.

55. AR5 reportó a V como grave, con alta mortalidad, sugirió manejo con ventilador mecánico en próximas 24-48 horas y de no resolver trastorno, debía considerarse la realización de broncoscopía[35] y tomografía[36], se inició con antibiótico (levoftoxacino) por neumonía nosocomial[37], y diagnosticó "…Post operado de plastia ventral con malla; obesidad grado 2, insuficiencia respiratoria aguda perioperatoria[38], probable atelectasia pulmonar izquierda masiva, fiebre aguda de probable origen pulmonar"; sin embargo, omitió solicitar interconsulta urgente por especialista en neumología para confirmar o descartar el diagnóstico de atelectasia y brindar manejo médico inmediato, toda vez que la atelectasia es una urgencia de acuerdo con el artículo 72 del RLGS.

56. El 3 de junio de 2022 a las 15:05 horas, V fue valorado por AR6 personal médico de base de medicina interna adscrito al HGZ No. 16, quien describió sin cambios respiratorios del hemitórax izquierdo, con estertores roncantes[39] y crepitantes bilaterales[40]; además señaló resultados de laboratorio realizados el 2 de junio 2022, y solicitó realización tele de tórax, de los cuales se evidencian alteraciones en la función hepática por estar por arriba de sus valores normales las transaminasas; además, del incremento del dímero D, que suele indicar un trastorno de la coagulación de la sangre.

57. No obstante, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR6 desestimó

[35] Técnica de visualización de las vías aéreas bajas usando un broncoscopio flexible o rígido, la cual puede ser utilizada con fines diagnósticos o terapéuticos.
[36] Procedimiento para el que se usa una computadora conectada a una máquina de rayos X a fin de crear una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo.
[37] Proceso infeccioso a nivel pulmonar de origen hospitalario.
[38] Afección grave que dificulta respirar por uno mismo, se desarrolla cuando los pulmones no pueden llevar suficiente oxígeno a la sangre.
[39] Ruidos que parecen ronquidos, ocurren cuando el aire queda obstruido o el flujo de aire se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias.
[40] Pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

dicho aumento, así como el de las enzimas hepáticas, las cuales orientan a un proceso inflamatorio del hígado; concretándose solamente a mantener una conducta expectante, sin solicitar interconsulta de urgencia por el Servicio de neurología e insistir en la referencia de V a un hospital que contara con unidad de cuidados intensivos por el simple hecho de tener aumentada la cifra de dímero “D”, al cual no le dio la importancia que tenía, aunado a los factores de riesgo para complicaciones postquirúrgicas (obesidad mórbida, insuficiencia respiratoria perioperatoria).

58. El 4 de junio de 2022 a las 15:05 horas, AR6 asentó en su nota médica: “...Paciente continua grave, febril desde la madrugada con pobre respuesta a antipiréticos y medios físicos, se realizó angiotomografía (sin constancia de quien solicitó el estudio, fecha ni hora) donde no se concluyó presencia de trombosis en vasos pulmonares, se sigue sospechando como causa de fiebre la atelectasia, en radiografía de control atelectasia reducida de tamaño en comparativa a la mostrada al inicio de cuadro, se moviliza tubo endotraqueal quedando en 22 cm con mejor ventilación del pulmón izquierdo posterior a esto...”; si bien es cierto se descartó la presencia de trombosis pulmonar, confirmó que la atelectasia se derivó de una mala valoración prequirúrgica.

59. No pasó inadvertido, el hecho de que pasaron más de 48 horas que V fue operado sin ser manejado por el Servicio de terapia intensiva y sin manejo idóneo para la atelectasia; además, AR6 atendió a V por dos días consecutivos, tiempo durante el cual mantuvo manejo expectante, sin realizar cambios al instaurado desde su ingreso, omitiendo interconsulta de urgencia por el Servicio de neumología e insistir en la referencia de V a un hospital que contara con el Servicio de cuidados intensivos.

60. El 5 de junio de 2022 a las 12:00 horas, V fue valorado por AR7 médico cirujano adscrito al HGZ No. 16, quien mencionó los signos vitales de presión arterial con tendencia a la hipotensión de 110/60 mmHg, taquicardia por frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria normal de 18, fiebre de 38°C, y comentó que, "...Medicina interna considera realizar broncoscopia. El día de ayer se realiza radiografía con leve mejoría de expansión pulmonar sobre todo en ápice pulmonar... se ha solicitado en 04 ocasiones envío a terapia intensiva de UMAE 71, pero refirió que no tiene camas...".

61. Ante esas circunstancias AR7 continuó con el mismo manejo instaurado a V desde el 2 de junio de 2022, sin solicitar batería de laboratorios; en específico, biometría hemática, química sanguínea, cultivo de secreciones y examen general de orina en búsqueda del foco infeccioso; toda vez que, V tenía en esos momentos hipotensión, taquicardia y fiebre a pesar del manejo con antibiótico de amplio espectro (levofloxacino), el aumento de las enzimas hepáticas, datos compatibles con sepsis[41], por lo que de conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, dichas circunstancias no fueron consideradas por AR7, quien además omitió solicitar de forma urgente valoración por especialista en infectología y terapia intensiva, pues en ese momento se incrementó la probabilidad de mortalidad a corto plazo de V.

62. El 5 de junio de 2022, a las 22:00 horas, V fue valorado por AR8 médico internista adscrito al HGZ No. 16, quien reportó a V como grave, señalando que "…inicia con respuesta neurológica tras la suspensión de la sedación; sin embargo, se encuentra intranquilo y no cooperador, por lo que iniciamos sedación solo con

[41] Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección o infección documentadas.

Propofol a 1mg/kg/hora. Por nuestra parte sugerimos al servicio de cirugía el inicio a la brevedad de nutrición parenteral total, en caso de que servicio de cirugía considere no oportuno el inicio de nutrición enteral...Se reporta grave, alta mortalidad en este momento"; lo que de conformidad, con la Opinión Médica de esta CNDH, dicha valoración clínica se considera superficial para un paciente reportado con gravedad y alta mortalidad, ya que omitió solicitar valoración por especialista en neurología y neumología, como parte del manejo integral que V ameritaba.

63. El 6 de junio de 2022 a las 08:00 horas, AR4 valoró nuevamente a V y reportó la herida quirúrgica en vías de cicatrización (….)[42] además, agregó tratamiento antipirético con supositorios de indometacina y solicitó cultivo de lavado bronquial. Además, asentó que por parte de medicina interna se dejó sin sedación para intentar extubación; sin embargo, toda vez que por la noche presentó agitación psicomotriz, se realizó sedación con dexmedetomidina[43]; no obstante, en la Opinión Médica de esta CNDH, AR4 omitió solicitar interconsulta por especialistas en infectología, neumología, neurología y terapia intensiva, para valoración de gravedad; además, tampoco hizo mención a la posibilidad de referencia a otro unidad médica que contara con el servicio de terapia intensiva.

64. A las 15:00 horas del 6 de junio de 2022, AR6, valoró nuevamente a V y reportó signos vitales con datos que se traducen en alcalosis respiratoria, que es una reducción primaria de la presión parcial de dióxido de carbono con disminución

[42] "(…)abdomen sin compromiso, encontrándolo con presión arterial de 136/68 mmHg, taquicardia de 122 latidos, fiebre de 38.5°C y frecuencia respiratoria de 20 por minuto, por lo que suspendió la ministración de levofloxacino e inició con triple esquema de antibióticos (meropenem, ceftazidima y piperacilina/tazobactam) "

[43] Tiene efectos sedantes y analgésicos, sin causar depresión respiratoria, e induce un nivel de sedación donde el paciente puede abrir los ojos a la estimulación verbal, obedecer órdenes sencillas.

compensadora de la concentración de bicarbonato o sin ella; el pH puede ser elevado o casi normal, que se observaran cambios en el manejo médico.

65. A las 22:00 horas del 6 de junio 2022, AR9 médico internista adscrito al HGZ No. 16, consignó signos vitales de V[44] por lo que ante el proceso febril y taquicardia se informó a familiares del alto riesgo de complicación a corto plazo, ya que V se encontraba grave con alta mortalidad en este momento.

66. Por lo anterior, en la Opinión Médica de esta CNDH, se indicó que AR6 y AR9, omitieron solicitar valoración por especialista en cardiología para establecer la gravedad, pronóstico y tratamiento de las taquicardias e infectología quien era el indicado para investigar las causas de la fiebre que no cedió al manejo de triple esquema, lo idóneo era atención en terapia intensiva.

67. No pasa inadvertido que después de 4 días, PAD del HGZ No. 16 no había emitido ninguna respuesta al respecto, condicionando la evolución al deterioro de V, aunado a que no se tomaron pruebas de laboratorio a partir del 3 de junio de 2022 para sustentar sus condiciones clínicas y determinar si era candidato o no a traslado de V en ese momento.

68. El 7 de junio de 2022, a las 1:33 horas, personal de enfermería dio aviso a AR9 y AR2 que no se detectaban signos vitales, por lo que de inmediato acudieron y corroboraron asistolia[45], realizaron reanimación cardiopulmonar con 6 ciclos, así como administración de 3 adrenalinas sin éxito sin retorno a circulación

[44]. De 130/90 mmHg, frecuencia respiratoria 18 por minuto, saturación de oxígeno normal de 97%, frecuencia cardiaca con taquicardia severa 144 latidos por minuto, fiebre de 41°C,
[45] Ausencia total de sístole cardiaca, con pérdida completa de la actividad. Es una de las formas de paro cardiaco.

espontánea; emitiéndose el certificado de defunción correspondiente con diagnósticos principales: insuficiencia respiratoria aguda 1 hora, atelectasia masiva izquierda de 5 días e hipertensión arterial sistémica.

69. En el caso en particular, la atelectasia pulmonar izquierda se derivó de los múltiples factores de riesgo para complicaciones pulmonares y cardiovasculares, las cuales no fueron consideradas oportunamente antes de realizar la cirugía, tal como lo ameritaba V al ser portador de obesidad grado III e hipertensión arterial sistémica, con base a la GPC-IMSS-455-11, debió ser referido a un tercer nivel de atención, complicación que nunca fue atendida de forma correcta por AR2 el 1 y 2 de junio del 2022, durante ni posterior a la cirugía; asistencia médica que no podía quedar supeditada por causas administrativas, pues permaneció internado del 2 al 7 de junio de 2022, en el Servicio de medicina interna del HGZ No.16, recibiendo manejo sintomatológico y no curativo, ya que era imperativo el traslado de V inmediatamente posterior a la "plastia abdominal"[46] a un Hospital que contara con unidad de cuidados intensivos.

70. Para este Organismo Nacional, no pasó inadvertido que AR2 solicitó la referencia de V a la UMAE No. 71, por lo que se realizó el llenado de la Hoja *de Referencia- Contrarreferencia"*; sin embargo, ante la falta de respuesta positiva de dicho nosocomio, no realizó las acciones administrativas pertinentes para que se subrogara el servicio ante la urgencia del caso, omitiendo el contenido de los artículos 8 de la LGS, 89 fracción II de la Ley del Seguro Social, 7, 12 y 94 del RPM – IMSS lo que contribuyó al fallecimiento de V el 7 de junio de 2022.

71. Desde el punto de vista médico legal, la atención médica brindada en el HGZ

[46] Cirugía empleada para corregir la hernia de pared abdominal. Opinión Médica CNDH.

No.16 fue inadecuada, en virtud de que V ingresó a dicho nosocomio sin una valoración preoperatoria y preanestésica completa, para una persona con obesidad grado III e hipertensión arterial sistémica; los médicos especialistas en cirugía general AR2 y AR1, desestimaron las posibles complicaciones cardiacas y pulmonares por la obesidad, omitieron suspender la cirugía de 1 de junio de 2022, que no era urgente y referirlo a un Hospital de tercer nivel que contara con Servicio de terapia intensiva, así como iniciar tratamiento profiláctico para evitar trombosis, lo que contribuyó que durante la cirugía, se presentaran complicaciones que no fueron asentadas en ninguno de los registros quirúrgicos, manejo médico no apegado al P 2660-003-066 IMSS; RPM-IMSS, sin cumplir con las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11 y con lo establecido en la LME.

72. Además, AR3, especialista en anestesiología, el 1 de junio de 2022, realizó la valoración preanestésica en la que omitió referir a V a tercer nivel de atención médica, a pesar de haber concluido en la valoración preanestésica, clasificación ASA III, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones clínicas de V, toda vez que se presentaron complicaciones transquirúrgicas, y esa unidad médica no contaba con Servicio de terapia intensiva para así otorgar el manejo que ameritaba el paciente, por lo que no cumplió con los lineamientos de la NOM-006-SSA3-2011; con las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11 y con lo establecido en la LME en relación a la suspensión del evento anestésico en pacientes con hipertensión.

73. De manera inadecuada, posterior a la cirugía abdominal, el 2 de junio de 2022, toda vez que V no fue referido a un hospital de tercer nivel que contara con Servicio de terapia intensiva, o bien que el PAD no realizara las acciones pertinentes para que se subrogara el Servicio ante la urgencia del caso, siendo que únicamente fue internado en el Servicio de medicina interna, fue así que V permaneció del 2 al 7

de junio de 2022, donde fue atendido por el AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, y AR9, quienes solo prescribieron manejo sintomatológico y no curativo, todo ello contribuyó en conjunto con la mala valoración prequirúrgica y los factores de riesgo al fallecimiento de V el 7 de junio de 2022, sin haber realizado un diagnóstico certero y así atender correctamente la atelectasia del pulmón izquierdo que se derivó del mal manejo quirúrgico y anestésico, solo quedó en las notas médicas como una opción la realización de la broncoscopía, no recibiendo manejo médico idóneo curativo del cual tenía derecho; V falleció por insuficiencia respiratoria aguda; atenciones médicas no apegadas a los lineamientos del RPM-IMSS.

74. A consecuencia de ello, el daño causado al proyecto de vida de QVI, VI1 y VI2 por el fallecimiento de V es considerable, debido a que de las diversas omisiones en la atención de V en el HGZ No. 16, que derivaron en el desarrollo de graves complicaciones y en su posterior fallecimiento, implicó conforme a la comunicación establecida con el representante legal, quien precisó que tiene conocimiento que la QVI, VI y VI2 han tenido afectaciones emocionales, así como posibles cambios económicas dentro del núcleo familiar, situación que deberá ser considerada para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

75. El fallecimiento de V, ha generado también una afectación al proyecto de vida de las personas integrantes de su familia de manera individual; representó un antes y un después en la vida de QV, VI1 y VI2, pues no solo conllevó una ruptura familiar sino que también propició un indudable impacto en la esfera psicosocial, elementos que de igual forma deberán ser considerados para efectos de la determinación de la reparación integral del daño.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

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

77. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida. Los DESC funcionan como derechos "puente" de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

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

79. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de

adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

80. La SCJN ha determinado que "el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja […] no sólo prohíbe la privación de la vida […] también exige […] a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho […]. En ese sentido, 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 […]" [47].

81. La Comisión Nacional en la Recomendación 52/2020[48] 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 del personal médico para preservar la vida de sus pacientes".

82. En tal virtud, a partir de las consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4,

[47] 15SCJN, Tesis Constitucional, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", Registro 163169.
[48] Párrafo 63, emitida el 29 de octubre del 2020.

AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

83. Como se precisó en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, brindaron a V fue inadecuada, toda vez que solo prescribieron manejo sintomatológico y no curativo, y en conjunto con la mala valoración prequirúrgica y los factores de riesgo, contribuyó al fallecimiento de V el 7 de junio de 2022, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

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

84. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel "estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas".[49] A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

85. 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

[49] 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.

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 posible.[50]

86. Por lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona portadora de obesidad mórbida[51] como se estableció en la Opinión Médica de esta CNDH y con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento, de 10 años de evolución, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, del HGZ No. 16, omitieron, respectivamente, practicar las valoraciones prequirúrgicas necesarias para completar el protocolo quirúrgico; desestimaron las posibles complicaciones cardiacas y pulmonares por la obesidad; suspender la cirugía que no era urgente y referirlo a un Hospital de tercer nivel que contara con Servicio de terapia intensiva; además, posterior a la cirugía abdominal, solo prescribieron manejo sintomatológico y no curativo; además, el PAD tampoco realizó alguna acción administrativa para que se subrogara el Servicio de atención médica dado que la urgencia del caso lo ameritaba, contraviniendo con su omisión el RLGS y RPM-IMSS, omisiones que contribuyeron al fallecimiento de V el 7 de junio de 2022.

[50] Recomendación 260/2022, párrafo 90.
[51] Al contar con peso de 120 kilogramos y talla de 1.72 metros, lo que equivale a un índice de masa muscular de 41.

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

87. El artículo 6°, párrafo segundo, de la CPEUM establece que: "Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información" y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho".

88. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud[52].

89. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, consideró que "(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico."[53]

90. La CrIDH en el Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, señaló respecto al expediente clínico que es instrumento guía para el tratamiento médico[54], inclusive la NOM-004-SSA3-2012, es el conjunto único de información y datos personales

[52] CNDH. Recomendación 5/2021, párr. 64; 43/2020, párr. 68; 35/2020 párr. 111; 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116. 24/41 Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
[53] CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", 31 de enero de 2017.
[54] CrIDH, Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68. "un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades".

de un paciente,[55] es decir, la debida integración de un expediente clínico decanta en un diagnóstico y tratamiento adecuado.

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

D.1 INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

92. En la Opinión Médica emitida por esta CNDH, se indicó inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, por parte de AR6 y AR7, como personal de enfermería adscritos al HGZ No. 16, en las notas de las 15:05 horas del 3 de junio de 2022 y de las 15:05 del 4 de junio de 2022 en las que no asentó cédula ni matricula, como en el formato denominado Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica 4-30-59/17 la nota de descripción quirúrgica es ilegible todas elaboradas por AR6; también se advirtió la nota de las 12:00 horas del 5 de junio de 2022 en la que se omite cédula, matrícula y nombre completo de AR7, la hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico que se denomina “nota transoperatoria de enfermería” que no cuenta con fecha ni horario de elaboración.

93. 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

[55] El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (…) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social.

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 de la atención que reciben.

94. Si bien las omisiones del personal médico en dejar constancia de su atención en las notas respectivas no modifica ni influyen de manera directa con el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de V, si forma parte de la inadecuada e incompleta atención que se le brindó, lo cual constituye una falta administrativa y representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, QVI, VI1 y VI2 a que conocieran la verdad con relación al tratamiento y atención que se le brindó a V en el HGZ No. 16. Por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

V. RESPONSABILIDAD

a. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

95. La responsabilidad de AR1 consiste en que realizó el trámite de registro del evento quirúrgico de V sin que se hubieran practicado las valoraciones prequirúrgicas necesarias para completar el protocolo quirúrgico, lo que no fue apegado al P 2660-003-066 IMSS.

96. Además, la responsabilidad de AR1 y AR2, radica en que desestimaron las posibles complicaciones cardiacas y pulmonares por la obesidad, omitieron suspender la cirugía que no era urgente y referirlo a un Hospital de tercer nivel que

contara con Servicio de terapia intensiva, así como iniciar tratamiento profiláctico para evitar trombosis, lo que contribuyó que durante la cirugía, se presentaran complicaciones que no fueron asentadas en ninguno de los registros quirúrgicos, manejo médico no apegado al P 2660-003-066 IMSS; RPM-IMSS, sin cumplir con las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11 y con lo establecido en la LME.

97. AR3, el 1 de junio de 2022, realizó la valoración preanestésica en la que omitió referir a V un a tercer nivel de atención médica, a pesar de haber concluido en la valoración preanestésica, clasificación ASA III, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones clínicas de V, toda vez que se presentaron complicaciones transquirúrgicas, y esa unidad médica no contaba con Servicio de terapia intensiva para así otorgar el manejo que ameritaba el paciente, por lo que no cumplió con los lineamientos de la NOM-006-SSA3-2011; con las recomendaciones de la GPC-IMSS-455-11 y con lo establecido en la LME en relación a la suspensión del evento anestésico en pacientes con hipertensión.

98. La responsabilidad de AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, y AR9, radica en que, solo prescribieron manejo sintomatológico y no curativo sin que hubieran realizado un diagnóstico certero y así atender correctamente la atelectasia del pulmón izquierdo que se derivó del mal manejo quirúrgico y anestésico, solo quedó en las notas médicas como una opción la realización de la broncoscopía, no recibiendo manejo médico idóneo curativo del cual tenía derecho, el paciente falleció por insuficiencia respiratoria aguda; atenciones médicas no apegadas a los lineamientos del RPM-IMSS.

99. Este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, constituyeron 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 en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, 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.

100. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente vista administrativa en el OIC, a fin de que se inicie la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

b. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

101. Esta Comisión Nacional advirtió responsabilidad institucional a cargo de las autoridades médicas adscritas al HGZ No. 16, ya que, como se señaló en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se encuentran omisiones

por parte del personal médico, con respecto a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012; así como al Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-066 IMSS. Modalidad B Cirugía programada, y con la Guía de Práctica Clínica Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardiaca en el Adulto IMSS-455-11, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente Recomendación respecto a la integración del expediente clínico de V.

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

103. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud corresponde al IMSS, toda vez que no se brindó atención médica a V, de manera adecuada y oportuna, acorde con lo previsto en los artículos 48 del RLGS y 7 y 43 del RPM - IMSS.

104. Por su parte el PAD, al no recibir respuesta positiva a la referencia realizada a la UMAE No. 71, no realizó alguna acción para que se subrogara el Servicio de atención médica dado que la urgencia del caso lo ameritaba, contraviniendo con su omisión el RLGS y RPM-IMSS, y contribuyendo al fallecimiento de V el 7 de junio de 2022.

105. Las obligaciones reconocidas en el artículo mencionado, 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 del Sistema Universal de las Naciones Unidas.

106. 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 corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

108. 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 y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 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 Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, este Organismo Nacional les reconoce a V así como QVI, VI1 y VI2, su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir a V, así como a QVI, VI1 y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en razón del fallecimiento de V, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

109. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones

graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones", así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

110. En ese tenor de ideas, las medidas de reparación integral deberán realizarse conforme a las siguientes consideraciones:

a) Medidas de Rehabilitación

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

112. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional

especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de éstas, por lo que será su voluntad acceder a dicha atención. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

113. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia". [56]

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

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

demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

115. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño que se le causó a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

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

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

c) Medidas de Satisfacción

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

119. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras en el trámite y seguimiento del EA que derivo de la vista administrativa que se presentó ante el OIC en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, a fin de que se investigue y determine lo que conforme a derecho corresponda de acuerdo a la Ley General de Responsabilidades

Administrativas, para lo cual se deberá tomar en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio; para lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente; hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

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

d) Medidas de no Repetición

121. Estas medidas consisten en implementar las acciones que el estado deberá adoptar para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir; para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

122. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal directivo y médico adscrito al

Servicio de Cirugía General, Anestesiología y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 16, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, en caso de seguir en activo laboralmente, sobre la temática siguiente: capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, la LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-006-SSA3-2011, la GPC-IMSS-455-11 y la LME, para ello, se deberá tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia; además, el curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

123. 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.

124. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Anestesiología y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 16, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, que aún se encuentren laborando para la institución, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías Humanos de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de

garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

125. 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 consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

126. En consecuencia, esta Comisión Nacional se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante 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 ante la CEAV de la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme

a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño que se les causó a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias respectivas que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcione a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a sus edades y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, VI1 y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en el trámite y seguimiento del EA que derivó de la vista administrativa que se presentó, ante el OIC en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, a fin de que se investigue y determine lo que conforme a derecho corresponda de acuerdo a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, para lo cual se deberá tomar en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio; a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en

la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación integral dirigido al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Anestesiología y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 16, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, que sigan en activo laboralmente, sobre formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, a la vida y a la regulación de los servicios de salud, la LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004- SSA3-2012, la NOM-006-SSA3-2011, la GPC-IMSS-455-11 y la LME, para ello, se deberá tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia; además, el curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Anestesiología y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 16, particularmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, que aún se encuentren en activo laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida y al acceso a la información en

materia de salud; así como, a la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, con objeto de garantizar su no repetición; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

127. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 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.

128. 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.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH