

RECOMENDACIÓN NO. 284/2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI1, QVI2, VI1, Y VI2, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES N°25 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Ciudad de México, a 18 de diciembre de 2024

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

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2023/19348/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Guía de Práctica Clínica: Resumen de Evidencias y Recomendaciones “Diagnóstico y tratamiento de la Cefalea Aguda en el segundo y tercer nivel de atención	Guía Cefalea Aguda
Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones “Diagnóstico y Tratamiento de la Leucemia Mieloide Aguda”	Guía Leucemia Mieloide Aguda
Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones “Diagnóstico de Muerte Encefálica y manejo del potencial donante de órganos”	Guía Muerte Encefálica
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del expediente clínico
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OICE-IMSS
Queja Medica	QM
Opinión Especializada en Materia de Medicina de 25 de junio de 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a V en la UMAE HE-25 fue inadecuada y que existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.	Opinión Especializada
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades N°25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Monterrey, Nuevo León	UMAЕ HE-25

I. HECHOS

5. El 21 de noviembre de 2023, QVI y QV2 presentaron una queja ante esta Comisión Nacional, en la que manifestaron presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de V, consistentes en que el 21 de noviembre de 2022, ingresó al área de Urgencias de la UMAE HE-25, debido a que presentó dolor intenso de cabeza y náuseas, sin embargo derivado de la inadecuada atención médica que le proporcionaron, presentó "muerte encefálica o muerte cerebral", y el 13 de diciembre de 2022 falleció, por lo que solicitaron la investigación de los hechos.

6. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2023/19348/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V que se integró en la UMAE HE-25, con informes de la atención médica que se le brindó, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de "Observaciones y Análisis de las Pruebas" de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Queja presentada por QVI y QV2 ante este Organismo Nacional el 21 de noviembre de 2023, a través del cual indicaron las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención médica que le brindaron a V en la UMAE HE-25.

8. Correo electrónico recibido en esta Comisión Nacional el 22 de enero de 2024, a través del cual el IMSS remitió un informe sobre la atención médica otorgada a V en la UMAE HE-25.

9. Correo electrónico de 25 de enero de 2024 en el que el IMSS precisó que, con motivo de la queja formulada por QV1 y QV2 en este Organismo Nacional, no documentaron registro alguno de inicio de investigaciones administrativas en ese Instituto y tampoco tenían conocimiento del inicio de alguna denuncia penal; asimismo, anexó el expediente clínico de V, del que se destacan los siguientes documentales:

9.1. Nota médica inicial de Urgencias de las 17:30 horas de 21 de noviembre de 2022, suscrita por AR1, persona médica adscrita al servicio de Urgencias.

9.2. Nota de ingreso al servicio de Hematología de 21 de noviembre de 2022, suscrita por AR2, persona médica adscrita al mismo.

9.3. Hoja de enfermería del servicio de Urgencias de 21 de noviembre de 2022, suscrita por PMR1 adscrito al servicio de Hematología y PMR2 adscrito al servicio de Hematología.

9.4. Hoja de enfermería del servicio de Hematología de 21 de noviembre de 2022, suscritas por AR3 persona médica adscrita al servicio de Geriátrica y AR4 personal de enfermería adscrito al servicio de Hematología.

9.5. Nota de evolución y tratamiento de las 12:20 horas de 21 de noviembre de 2022, suscrita AR5 persona médica adscrita al servicio de Hematología.

9.6. Nota de valoración de Neurocirugía de 22 de noviembre de 2022; signada por PSP1 persona médica adscrita a dicho servicio.

- 9.7.** Nota de evolución y tratamiento del servicio de Neurocirugía de las 00:48 horas del 23 de noviembre de 2022, suscrita por PSP2 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.8.** Nota de valoración e indicaciones médicas del servicio de Medicina Interna de las 13:57 horas de 23 de noviembre de 2022, suscrita por PSP3 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.9.** Nota de valoración de Neurología de las 16:03 horas de 23 de noviembre de 2022, suscrita por PSP4 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.10.** Hojas de enfermería de 23 de noviembre de 2022, sin el nombre del personal médico que efectuó las anotaciones.
- 9.11.** Interpretación de tomografía de cráneo simple, correspondientes a los estudios realizados a V el 21 y 22 de noviembre de 2022, elaboradas y suscritas por PSP5, médico radiólogo externo, el 17 de enero de 2024.
- 9.12.** Nota de valoración de Infectología de las 12:55 horas de 24 de noviembre de 2022, suscrita por PSP6 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.13.** Nota de valoración de Neurología de las 13:51 horas de 24 de noviembre de 2022 suscrita por PSP4 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.14.** Hoja de evolución de Hematología de las 19:29 horas de 24 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.15.** Hoja de evolución del servicio de Medicina Interna, de las 05:08 horas de 25

de noviembre de 2022, suscrita por PSP8 persona médica adscrita a dicho servicio.

9.16. Nota de valoración e indicaciones médicas del servicio de Hematología de las 16:39 horas de 25 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7.

9.17. Nota de valoración del servicio de Hematología de las 18:35 horas de 26 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7.

9.18. Nota de valoración del servicio de Hematología de las 20:16 horas de 27 de noviembre de 2022, suscrita por PSP9 persona médica adscrita a dicho servicio.

9.19. Nota de valoración del servicio de Hematología de las 12:48 horas de 28 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7.

9.20. Nota de valoración del servicio de Hematología de las 14:00 horas de 29 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7.

9.21. Hoja de valoración del servicio de Neurología de las 14:16 horas de 29 de noviembre de 2022, suscrita por PSP9.

9.22. Hoja de valoración de Neurología de las 09:10 horas de 30 de noviembre de 2022, suscrita por PSP4.

9.23. Certificado de pérdida de la vida correspondiente a V del 30 de noviembre de 2022, con horario de 09:30 horas, suscrito por PSP4.

9.24. Nota de valoración del servicio de Hematología de las 13:04 horas de 30 de noviembre de 2022, suscrita por PSP7.

- 9.25.** Nota de valoración del servicio de Hematología de las 18:51 horas de 30 de noviembre de 2022, suscrita por PSP10 persona médica adscrita a dicho servicio.
- 9.26.** Notas médicas de los servicios de Hematología y Neurología correspondientes a los días del 1 al 7 de diciembre de 2022, suscritas por PSP7, AR2 y PSP11, este último adscrito al servicio de Neurología.
- 9.27.** Nota médica del servicio de Hematología de las 15:16 horas de 8 de diciembre de 2022, suscrita por PSP7.
- 9.28.** Notas médicas sin fecha suscritas por PSP7.
- 9.29.** Nota de evolución de las 12:21 horas de 12 de diciembre de 2022, suscrita por PSP7.
- 9.30.** Nota de evolución de las 09:54 horas de 13 de diciembre de 2022, suscrita por PSP7.
- 9.31.** Nota de defunción de 13 de diciembre de 2022, suscrita por PSP7.
- 9.32.** Nota de egreso de las 23:02 de 13 de diciembre de 2022, suscrita por PSP7.
- 9.33.** Protocolo de necropsia de 13 de diciembre de 2022 suscrito por PSP12 Médico Anatomopatólogo adscrito a la UMAE HE-25.

- 10.** Correo electrónico de 1 de febrero de 2024, por el cual el IMSS remitió el oficio sin número del 23 de enero del año en curso, por el que se informaron los nombres, cargos y matrículas del personal que atendió a V en la especialidad de Hematología en la UMAE HE-25.
- 11.** Correo electrónico del 1 de febrero de 2024, en el que el IMSS anexó los informes respecto de la atención que se otorgó a V en los servicios de Neurocirugía, Hematología, Neurología e Infectología de la UMAE HE-25.
- 12.** Correo electrónico de 1 de febrero de 2024, mediante el cual el IMSS informó que en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, se inició la Queja Médica, misma que en el momento se encontraba en etapa de integración.
- 13.** Opinión Especializada en la que se concluyó que la atención médica que se le brindó a V en la UMAE HE-25 fue inadecuada; además de que existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.
- 14.** Correo electrónico de 11 de julio de 2024, a través del cual el IMSS informó que, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, mediante acuerdo del 6 de mayo de 2024, que emitió la Comisión Bipartita sobre la QM, que concluyó como improcedente desde el punto de vista médico.
- 15.** Acta Circunstanciada de 2 septiembre de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que QV1 y QV2 que no presentaron ninguna denuncia o querrela ante alguna Autoridad Ministerial, queja administrativa ante el OIC-IMSS, así como queja ante la CONAMED.

16. Correo electrónico del 30 de octubre de 2024, por el que el IMSS informó los nombres, cargos y situación laboral del personal médico y de enfermería, así como el adscrito al servicio de Radiología que intervino en la atención otorgada a V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 11 de julio de 2024, personal del IMSS informó que, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas, se integró la QM, la cual fue sometida a consideración de la Comisión Bipartita, mismo que mediante acuerdo de 6 de mayo de 2024, fue determinado en sentido improcedente desde el punto de vista médico.

18. Con base en la comunicación telefónica de 2 de septiembre de 2024, la persona autorizada por QV1 y QV2 manifestó que hasta esa fecha no se les había notificado respecto de la determinación que emitió el 6 de mayo de 2024 la Comisión Bipartita sobre la QM, y agregó que no presentaron ninguna denuncia o querrela ante alguna Autoridad Ministerial, queja administrativa ante el OIC-IMSS, así como queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

19. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2023/19348/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-

jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida de V, y al acceso a la información en materia de salud de QV1, QVI2, V1 y V2, atribuibles al personal médico de la UMAE HE-25, con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

20. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.²

21. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, omitieron la adecuada atención médica que V requería, lo cual incidió en la vulneración al derecho

¹ CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

² La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

humano a la protección a la salud en agravio de V, y al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV1, QVI2, V1 y V2, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Antecedentes clínicos de V

22. El caso de estudio es de V, al momento de los hechos motivo de la queja contaba con los siguientes antecedentes médicos de importancia: hipotiroidismo³ en tratamiento farmacológico, leucemia mieloide aguda⁴ diagnosticada en 2021, iniciándose esquema de inducción⁵ y 4 ciclos de consolidación⁶, EMR (enfermedad mínima residual⁷) no detectada, última en fecha 20 de octubre de 2022, trombocitopenia inmune primaria⁸ con múltiples esquemas de tratamiento con respuesta fluctuante y esplenectomía⁹ en 2014;

³ El hipotiroidismo es una enfermedad endocrina común, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, principalmente por disminución en la síntesis y secreción de estas y ocasionalmente por resistencia periférica a las hormonas tiroideas.

⁴ Comprende un grupo heterogéneo de neoplasias de células hematopoyéticas de linaje mieloide que surgen de la expansión clonal de sus precursores en la médula ósea, interfiriendo con la diferenciación celular, lo que lleva a un síndrome de falla medular.

⁵ Es la primera fase o primer ciclo de tratamiento con quimioterapia que busca eliminar o destruir células leucémicas.

⁶ Es la fase que sigue a la inducción, cuyo objetivo es destruir las células leucémicas residuales o remanentes.

⁷ Se refiere a la presencia de células leucémicas remanentes detectados después de una intervención terapéutica, ya sea por técnicas moleculares o CMF (citometría de flujo).

⁸ Es un trastorno hemorrágico autoinmune adquirido donde los autoanticuerpos anti plaquetas se unen a antígenos de la superficie plaquetaria acelerando su destrucción, aunado a esto, también ocurre una producción medular deficiente lo que puede exacerbar el cuadro, es aislada y se caracteriza por un conteo plaquetario inferior a $100 \times 10^9/L$, en ausencia de otras enfermedades o causas de trombocitopenia.

⁹ Extirpación quirúrgica total o parcial del bazo.

así como múltiples transfusiones por patología hematológica y postoperada de catéter puerto¹⁰ en octubre de 2021.

❖ **Atención médica brindada a V en la UMAE HE-25 del 21 al 23 de noviembre de 2022.**

23. El 21 de noviembre de 2023, a las 17:30 horas, V acudió a la UMAE HE-25 debido a que presentó un fuerte dolor de cabeza y náuseas de aproximadamente 12 horas de evolución, fue valorada por el servicio de Urgencias por AR1, quien en lo que interesa la describió poco cooperadora, al no contestar preguntas del interrogatorio; con escala de coma de Glasgow¹¹ de 15 puntos, con hora de inicio y término las 17:15 y 17:16 horas respectivamente; al terminó de la valoración diagnosticó *“leucemia mieloide, sin otra especificación”* y para el que indicó tratamiento a base de paracetamol y ketorolaco (analgésicos) además de laboratorios urgentes, sin desglosar cuáles se solicitaron.

24. De acuerdo a la Opinión Especializada la persona medica AR1 omitió realizar una adecuada semiología del dolor ya que no detalló datos como cualidad, intensidad, irradiación, atenuantes o agravantes, también refirió que se encontraba poco cooperadora, no contestaba otras preguntas del interrogatorio, sin especificar el motivo para dicha situación, si era debida a negativa de V o bien porque exhibía un estado neurológico alterado; la exploración física la consideró también deficiente dado que la V exhibía sintomatología que obligaba o requería se efectuará una exploración neurológica

¹⁰ Es una vía central de acceso subcutáneo, catéter que se implanta debajo de la piel y que sirve para extraer sangre o administrar medicamentos como en la quimioterapia.

¹¹ Es una escala validada para evaluar el nivel de conciencia y el estado neurológico de un paciente con una posible lesión cerebral. Se basa en un examen graduado mediante puntuación numérica de las respuestas a distintos estímulos: apertura de los ojos, respuesta verbal y respuesta motora. Permite cuantificar la gravedad de la lesión cerebral. La puntuación global oscila entre 3 (respuesta mínima) y 15 (respuesta máxima).

que incluyera funciones mentales superiores, pares craneales, reflejos, marcha, coordinación, etcétera.

25. Ese mismo día, a las 23:22 horas, fue ingresada al servicio de Hematología, en donde fue valorada por el AR2, mismo que en la nota de ingreso, describió a V con signos vitales dentro de parámetros normales, y que había iniciado con cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por cefalea cuya intensidad era 10/10 en la escala de EVA¹², es decir, severa, la cual se acompañaba de náuseas, que no mejoraba con analgésicos, por lo que decidió asistir a la UMAE No. 25, encontrándola a la exploración física alerta, poco cooperadora, orientada en tiempo lugar y evento, documentó aumento de leucocitos y neutrófilos, desequilibrio hidroelectrolítico por sodio y fósforo bajos, asimismo mencionó que contaba con tomografía de cráneo sin alteraciones aparentes, aunque estaba pendiente el reporte y no detalló lo observado en el estudio de imagen, indicando solución intravenosa, omeprazol (gastroprotector), ketorolaco (analgésico) y ondansetrón (antiemético).

26. De acuerdo con la Opinión Especializada, se consideró que la exploración practicada por la persona médico AR2 fue deficiente ya que no profundizó en la exploración neurológica, omitiendo puntualizar cuál era el estado de las pupilas, los reflejos oculares, funciones mentales superiores, fuerza, sensibilidad, marcha, coordinación, entre otras en las que se descartara una afectación neuronal. En las hojas de enfermería del mismo día 21 de noviembre de 2022, correspondiente al servicio de Urgencias, se observó que además de los analgésicos antes mencionados también se le indicó ondansetrón (antiemético) y que los estudios requeridos fueron biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos, todos estos por personal médico de nombre ilegible.

¹² Escala visual análoga del dolor, donde una puntuación de 1 indica un dolor leve y 10 que es intenso.

27. Asimismo se apreció en esa hoja que PMR1 solicitó tomografía axial computarizada de cráneo simple y añadió al tratamiento farmacológico, gabapentina y metoclopramida (procinético) en dosis única, posteriormente a las 20:30 horas, PMR2 agregó dexametasona en dosis única y a las 21:10 horas se indicó su ingreso a Hematología, sin conocer el nombre de quien realizó dicha anotación dado que se encuentra ilegible. Igualmente, destacan los comentarios plasmados por personal de enfermería a las 18:00 horas “Dolor Intenso EVA 10 Cefalea” y a las 21:00 horas “Somnolienta afebril palidez”, estas con el nombre de quien las registró, ilegible.

28. En la hoja de enfermería que corresponde al servicio de Hematología, la persona médica AR3 indicó dieta normal, solución intravenosa, omeprazol (gastroprotector), ketorolaco, ondansetrón, alopurinol , CGE (cuidados generales de enfermería) y toma de signos vitales por turno, posteriormente se agregó paracetamol, dicha indicación sin nombre de quien la realizó, y a las 23:06 horas se anotó “*palidez, debilidad generalizada, dolor EVA 5 (cefalea) [moderado], estuporosa , incoherente*”, este comentario realizado por personal AR4 persona adscrita a Enfermería. De acuerdo a la Opinión Especializada se advirtió que en ambas hojas no se documentó que el personal de enfermería hubiese notificado o avisado al médico adscrito o de guardia, sobre las condiciones clínicas de V, y en las que se reflejaban alteraciones neurológicas con un deterioro franco y progresivo.

29. El 22 de noviembre de 2022 a las 12:20 horas, AR5 reportó a V con signos vitales dentro de valores normales, y diagnósticos de leucemia mieloide aguda, cefalea en estudio a descartar infiltración al sistema nervioso central e hipotiroidismo en tratamiento, mencionó que durante el pase de visita V se refirió con dolor de cabeza, el cual fue atenuado con el uso de buprenorfina (analgésico opioide), sin acompañarse de vómito, mareo, vértigo ni ninguna otra sintomatología, tolerando la vía oral, y evacuaciones al corriente, a la exploración física AR5 no describió ningún cambio respecto a la del día

previo a su ingreso al servicio de Hematología. Continuando con el mismo tratamiento al que se agregó buprenorfina 1 ampula intravenosa cada 8 horas.

30. De acuerdo a la Opinión Especializada, AR5 tampoco realizó una exploración neurológica pese a que V continuaba con la misma sintomatología, señalando únicamente que por su patología de base se había ingresado para realizar punción lumbar con toma de muestra para valorar probable infiltración a sistema nervioso central. Es importante señalar que en la referida Opinión Especializada se hizo la observación de que no se encontró agregada al expediente clínico la hoja de enfermería del 22 de noviembre de 2022, motivo por el cual se desconocen las condiciones clínicas en que el referido personal de enfermería reportó a V, sobre todo considerando que un día previo se había referido deterioro neurológico franco y que no era congruente con lo reportado hasta ese momento por los médicos que previamente la valoraron.

31. El 22 de noviembre sin especificar la hora, V fue valorada por el servicio de Neurocirugía por PSP1, quien asentó en su nota medica lo siguiente: *“El día 22 de noviembre de 2022 se reporta por parte de enfermería aproximadamente a las 16:00 disminución del estado de alerta con hiporreactividad¹³ motivo por el cual se solicita tomografía de cráneo simple, aproximadamente a las 19:30 se presencia por parte de servicio tratante disminución del estado neurológico motivo por el cual deciden manejo avanzado de la vía aérea y solicitan valoración por nuestro servicio. Actualmente encuentro a paciente bajo ventilación mecánica asistida sin sedación”.*

32. PSP1 reportó a V a la exploración física neurológica con *“Glasgow de 3 puntos,* siendo esta la respuesta mínima y que indicaba un estado de coma, señaló que contaba con tomografía simple de cráneo fechada efectuadas el 21 y 22 de noviembre de 2022,

¹³ Que presenta una respuesta insuficiente o menos intensa de lo normal.

en las que indicó que no apreció alteraciones estructurales que concordarán con el cuadro clínico que presentaba V, aunado a que al momento de su valoración la encontró con ventilación mecánica asistida, integrando el diagnóstico de probable muerte encefálica, y especificó que no contaba con patología susceptible de tratamiento neuroquirúrgico.

33. El 23 de noviembre de 2022 a las 00:48 horas, V fue valorada por PSP2, quien asentó en su nota medica que *“El día de hoy a las 17:30 horas (22 de noviembre de 2022) se recibe llamado de enfermería debido a que paciente presentaba deterioro del estado de alerta, a la exploración física neurológica en estado de somnolencia. Escala de coma de Glasgow 8 puntos...se solicitan paraclínicos urgentes y tomografía de cráneo simple la cual es aceptada y se solicita bajar al estudio a la brevedad, sin embargo por ausencia de personal camillero es bajada por personal médico a las 19 horas, a su regreso a piso de hematología con escala de coma de Glasgow de 5 puntos (Ocular 1, verbal 1, motor 3) por lo que se decide previo consentimiento informado, pre oxigenación e inducción la intubación orotraqueal...así como colocación de catéter central yugular derecho en primer intento sin eventualidades inmediatas. Se indican medidas de protección neurológica”*, respecto al deterioro neurológico descartó patología traumática, tumoral, hemorrágica, lesión isquémica, convulsiones o estado epiléptico, causa metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico, descontrol glucémico, hipercapnia, uremia y encefalopatía hepática, indicando ayuno hasta nueva orden, y tratamiento farmacológico, así como medidas de protección neurológica.

34. El 23 de noviembre de 2022 a las 13:57 horas, V fue valorada por PSP3, quien determinó que contaba con datos de muerte cerebral, requiriendo valoración por el servicio de Neurología, sin que fuera candidata a progresión respiratoria dadas sus condiciones. Ese mismo día, a las 16:03 horas fue valorada por PSP4 quien diagnosticó hidrocefalia sugirió valoración por Neurocirugía para manejo de hidrocefalia y edema

cerebral, inicio de tratamiento antibiótico empírico a dosis meníngea y medidas antiedema con manitol, vigilancia de electrolitos, osmolaridad sérica y posteriormente tomografía de control.

35. En las hojas correspondientes al 23 de noviembre de 2022, se observó que V contaba con manejo a base de ayuno, tratamiento farmacológico, se indicó laboratoriales urgentes y prueba rápida para influenza y PCR para SARS COV 2, sin que se apreciara el nombre del médico que realizó dichas anotaciones; y por parte de enfermería se refirió a las 08:00 horas *“Delicada con ventilación mecánica, fiebre”*. Cabe hacer mención que en la Opinión Especializada se hizo especial énfasis en señalar que en el expediente clínico se observó la interpretación de los estudios de imagen realizados en fecha 21 y 22 de noviembre de 2022, en los que se evidencio la existencia de un edema cerebral en V; sin embargo, dicha interpretación fue elaborada hasta el 17 de enero de 2024 por PSP5.

36. En la Opinión Especializada se señaló que respecto a la atención que se le brindó a V, la persona medica AR1 del servicio de Urgencias, y AR2 del área de Hematología, quienes valoraron a V el 21 de noviembre de 2022, omitieron realizar una anamnesis¹⁴ adecuada, esto debido a que la semiología¹⁵ del dolor que presentaba V fue referida por ellos de forma incompleta la cual debe incluir cualidad, intensidad, localización, duración y evolución, síntomas asociados, factores precipitantes o atenuantes, así como la exploración física que ejecutaron también fue deficiente, dado que no llevaron a cabo una exploración neurológica tal como lo ameritaba el caso, dado que no exploraron funciones mentales superiores, pares craneales, sistemas motor y sensitivo, reflejos, marcha, coordinación y equilibrio, además no efectuaron palpación de las estructuras

¹⁴ Proceso de exploración clínica que se realiza en la primera etapa del proceso diagnóstico de un paciente. Consiste en una entrevista en la que se obtiene información del paciente y de sus acompañantes para establecer su historial médico.

¹⁵ Estudio de los signos y síntomas de las enfermedades, así como sus consecuencias.

craneofaciales, tal como lo establece la Guía Cefalea Aguda y la literatura médica universal¹⁶.

37. En la referida Opinión Especializada se estableció que si bien V contaba con el antecedente de patología hematológica, leucemia mieloide aguda, está en seguimiento, sin que en su último control se detectará enfermedad mínima residual (presencia de células leucémicas remanentes), y la Guía Leucemia Mieloide Aguda señala que la infiltración a sistema nervioso central es menor al 5%, situación que también se refiere en la literatura médica (Arana-Luna, 2022) donde se menciona que *“al momento del diagnóstico de apenas 1% y en la recaída alrededor del 2.9%”*, luego entonces, aun cuando debía descartarse esa posibilidad de afectación al sistema nervioso central por dicha enfermedad, considerando su infrecuencia, también requería que se ejecutará un adecuado diagnóstico diferencial, ya que la cefalea, es un síntoma neurológico común a múltiples padecimientos, como hipertensión y hemorragia intracraneales, infecciones del sistema nervioso central, tumores o masas ocupativas, y otras.

38. Por lo que, de acuerdo a la Opinión citada, AR1 y AR2, no realizaron una adecuada semiología y exploración física, lo que no les permitió considerar otras posibilidades sobre el origen del cuadro clínico, sobre todo, dada la infrecuencia de infiltración a sistema nervioso central de la leucemia mieloide aguda, la cual debía contemplarse si se considerara una recaída de la enfermedad, misma que no era factible ya que en su último control un mes previo, no se detectó enfermedad mínima residual.

39. En la citada Opinión se indicó que AR2 también señaló que V había acudido a su Hospital General de Zona correspondiente, del que no se cuenta con notas médicas y/o hoja de referencia por lo que se desconoce qué atención médica se le proporcionó. Dicho

¹⁶ Santos, 2019; Zarranz, 2018 y Gómez-Otálvaro, 2015

médico documentó aumento de leucocitos y neutrófilos, desequilibrio hidroelectrolítico por sodio y fósforo bajos, los cuales no tomó en consideración, ya que podrían relacionarse con la sintomatología de V, quien requería de una valoración urgente por especialista en Neurología, sin que la misma fuera solicitada por ninguno de los médicos que valoró a la V.

40. De igual manera, en la Opinión Especializada se destacan las anotaciones realizadas en las hojas de enfermería realizadas el 21 de noviembre de 2022, en las que se señalaron alteraciones neurológicas por la presencia de somnolencia y posteriormente estupor, además de debilidad generalizada e incoherencia; no obstante, no existe evidencia documental en el expediente clínico de V de que dichas condiciones clínicas se hubieran notificado al médico adscrito o de guardia ya que no obra comentario al respecto en esas hojas, firmadas por el personal de enfermería.

41. En dichas hojas también se advirtió que el PMR1, además de solicitar la realización de tomografía de cráneo añadió al tratamiento farmacológico indicado para el manejo de crisis convulsivas y del dolor de origen neuropático, sin que hasta ese momento se hubiera establecido que ese era el tipo de dolor que presentaba V y tampoco se tiene reporte de convulsiones, en mismo sentido se encuentra la indicación del fármaco indicado por el PMR y alopurinol por parte de AR3, este último medicamento utilizado en pacientes bajo régimen de quimioterapia con fármacos que causan aumento de los niveles de ácido úrico, el cual no era el caso de V, ya que el último ciclo de consolidación con quimioterapia se había realizado en marzo de 2022 y para ese momento habían transcurrido ocho meses. Sin omitir manifestar respecto a estos médicos, que no obra nota en la que comentaran cambios en el estado clínico de V o el motivo por el cual realizaron dichos ajustes al manejo terapéutico, sin que de ello se advierta que hayan incidido en su evolución clínica.

42. AR5, quien valoró a V el 22 de noviembre de 2022, al igual que los médicos anteriores, también omitió realizar exploración neurológica, esto, a pesar de que V continuaba con cefalea severa, aun cuando contaba con manejo analgésico y tampoco solicitó interconsulta con el área de Neurología.

43. Dichas omisiones en la realización de una adecuada anamnesis y exploración física por parte de los médicos, no les permitió conocer de forma completa la sintomatología que presentaba V, toda vez, que después se señalaron otras características relevantes de ese cuadro clínico, como lo es que el dolor se agravaba con los cambios posturales y había cursado con fiebre no cuantificada, que son datos considerados como “banderas rojas” en el estudio de las cefaleas como lo indica la Guía Cefalea Aguda, entre las que menciona “síntomas neurológicos focales (debilidad de las extremidades), cefalea que se modifica con la postura, fiebre, cefalea de inicio reciente en un paciente con historia de cáncer”; así como que presentó malestar general, mialgias, artralgias, otalgia derecha y dolor en región cervical que se extendía a región lumbar, estos también importantes para orientar la posibilidad diagnóstica, asimismo, se refirió que contaba con el antecedente de traumatismo craneoencefálico hacía dos meses posterior al cual presentó cefalea que aumento en intensidad y frecuencia, sin que toda esta información fuera considerada por AR1, AR2 y AR3, en la orientación de la sospecha diagnóstica, por no haber realizado una anamnesis de forma correcta y completa.

44. Por lo anteriormente mencionado en los párrafos que anteceden, la especialista en Medicina Legal que analizó el expediente clínico de V, estableció que desde el punto de vista médico legal la atención médica proporcionada a V los días 21 y 22 de noviembre de 2022 fue inadecuada debido a que AR1 del servicio de Urgencias así como AR2 y AR3, ambos del servicio de Hematología, omitieron realizar una adecuada semiología y exploración neurológica respectivamente y solicitar interconsulta urgente con Neurología, AR2 subestimó además la presencia de leucocitos y neutrófilos elevados, el personal de

enfermería de nombre AR4, así como de los que su nombre se encuentra ilegible en la hoja de enfermería del 21 de noviembre de 2022, omitieron notificar al médico de las alteraciones neurológicas documentadas en dicha fecha.

45. De la misma forma el personal de Radiología e Imagen que omitieron la realización de los reportes de estudio tomográfico practicados a V los días 21 y 22 de noviembre, ya que la ausencia de dicho reporte impidió establecer el diagnóstico de edema cerebral, lo cual condicionó que no se implementara el tratamiento especializado de manera urgente; por lo cual su actuación no se apegó a lo establecido en la Guía Cefalea Aguda.

❖ Atención médica brindada a V en la UMAE HE-25 del 24 de noviembre, al 13 de diciembre de 2022.

46. El 24 de noviembre de 2022, a las 12:55 horas, V fue valorada por PSP6 del servicio de Infectología, quien la reportó con diagnósticos de hidrocefalia, probable meningitis¹⁷ aguda, leucemia mieloide aguda, trombocitopenia¹⁸ leve y probable muerte encefálica¹⁹, y sugirió realizar estudios de perfusión cerebral o electroencefalograma para confirmar o descartar el diagnóstico de muerte encefálica. A las 13:51 horas del 24 de noviembre de 2022, fue valorada nuevamente por PSP4, mencionando en su nota médica quien diagnosticó edema cerebral severo e hidrocefalia por lo que se indica medidas anti-edema y tratamiento antibiótico.

¹⁷ Cualquier infección o inflamación de las leptomeninges.

¹⁸ Disminución del número de plaquetas.

¹⁹ La pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible en una persona. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos: ausencia completa y permanente de la conciencia, ausencia permanente de respiración espontánea, ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestando arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

47. A las 19:29 horas del 24 de noviembre de 2022, por parte del área de Hematología, la persona medica PSP7, reportó a V en las mismas condiciones clínicas, con signos vitales tensión dentro de valores normales, e indicó valoración por Medicina Interna para corrección de desequilibrio hidroelectrolítico, así como estudios de laboratorio.

48. El 25 de noviembre de 2022, a las 05:08 horas, la persona medico PSP8 del área de Medicina Interna, refirió que V contaba con diagnósticos de leucemia mieloide aguda, trombocitopenia leve, probable muerte cerebral, hipernatremia crónica pb diabetes insípida²⁰ central, así como que llevaba 48 horas de haberse retirado la sedación y administrado medidas anti edema, sin embargo, persistía en estado de coma irreversible con ausencia de reflejos de tallo por lo que se había solicitado encefalograma que aún se encontraba pendiente.

49. A las 16:39 horas del 25 de noviembre de 2022, fue nuevamente valorada por PSP7 que agregó a los diagnósticos anemia normocítica normocrómica²¹ grado I de la OMS, hipernatremia severa, hiperfibrinogenemia²², hipermagnesemia²³, documentó estudios de laboratorio efectuados el 25 de noviembre de 2022, indicando como plan de manejo electroencefalograma, mismo que se programó para el 28 de noviembre de 2022. En opinión del personal médico legista de esta CNDH, el estudio de encefalograma fue correctamente indicado por PSP7.

50. De acuerdo la Opinión Especializada, la muerte encefálica entendida esta como el cese de todas sus funciones (encéfalo que incluye cerebro y tallo cerebral), implica la

²⁰ Enfermedad debida a una secreción o acción deficitarias de la vasopresina y caracterizada por la emisión de una orina abundante, hipotónica, diluida e insípida por la incapacidad del paciente para concentrarla.

²¹ Es una disminución en las cifras de hemoglobina, con los índices eritrocitarios, tamaño y color, normales. El grado I indica hemoglobina de 10 a 13 g/dl.

²² Aumento anormal de la concentración sanguínea, sérica o plasmática de fibrinógeno.

²³ Aumento anormal de la concentración sanguínea, plasmática o sérica de magnesio.

pérdida de la integración de las funciones vitales y el inicio del declive funcional del resto de los órganos, y por lo tanto la muerte del enfermo, esta debe ser evaluada clínicamente de acuerdo con la Guía Muerte Encefálica, por tres aspectos fundamentales, estado de coma (ausencia de movimientos oculares y respuesta motora al estímulo nociceptivo), ausencia de reflejos del tronco encefálico (reflejos pupilares, oculocefálico, oculo vestibular, corneal, faríngeo y traqueal, ausencia de movimientos faciales) y apnea (ausencia de respiración espontánea).

51. La Guía de Práctica Clínica antes citada, también sugiere que se dé aviso al coordinador hospitalario de donación y al director del hospital, esto ya que se considera a un paciente con muerte encefálica un potencial donador de órganos; es ese sentido, la literatura médica (Castillo-de la Cruz, 2018) refiere que dicho aviso se realice con la finalidad de que no se retrase la confirmación de dicha entidad y los órganos sean viables, además de que desde el momento en que se sospecha esa posibilidad se deben mantener los cuidados necesarios para un adecuado manejo hemodinámico y de oxigenación de los órganos que pueden ser trasplantados. El personal médico legista de este Organismo Nacional observó que no obra registro en ninguna de las notas médicas respecto a la notificación a dicho comité, además, en el presente caso no se implementaron acciones terapéuticas con el objetivo de mantener en las mejores condiciones homeostáticas²⁴ el resto de los órganos, asimismo, no existió constancia en el expediente de que se hubiese avisado a los familiares de V para decidir sobre la donación de sus órganos.

²⁴ Estado de equilibrio entre los sistemas del cuerpo que es necesario para que el cuerpo funcione correctamente

52. El 26 de noviembre de 2022 a las 18:35 horas, PSP7 agregó a los diagnósticos lesión renal aguda KDIGO I²⁵ TFG KINETIC, hipocalcemia²⁶ leve, diabetes mellitus tipo II, signos vitales dentro de valores de referencia y a la exploración física sin cambios a nivel neurológico. El 27 de noviembre de 2022 a las 20:16 horas, PSP9, señaló en su nota médica sin firma autógrafa que V cursaba con los mismos diagnósticos referidos el día previo, refirió que V continuaba sin presentar reflejos de tallo a pesar de permanecer sin sedación por más de 72 horas, bajo ventilación mecánica en modalidad asisto controlado por volumen, solicitando estudios laboratoriales al día siguiente.

53. El 28 de noviembre de 2022 a las 12:48 horas, PSP7 reportó a V con los mismos diagnósticos y signos vitales dentro de parámetros estables, sin cambios respecto a día y nota previa.

54. El 29 de noviembre de 2022 a las 14:00 horas, PSP7, reportó a V con los mismos diagnósticos signos vitales estables, comentó que se le había realizado electroencefalograma el 28 de noviembre de 2022, encontrándose en espera de resultado, así como frotis de sangre periférica que evidenció únicamente la presencia de neutrófilos reactivos sin células inmaduras, por lo que continuó con el mismo manejo. A las 14:16 horas fue valorada por la persona medico PSP4, quien la reporto en similares condiciones clínicas a las presentadas en días previos, anotando que revisó el estudio de electroencefalograma el cual descartó al encontrar irregularidades que no permitían una adecuada interpretación por lo que se programaría nuevo estudio, solicitando estudio de Tomografía Cerebral, indicando que revaloraría a V en cuanto contara con los estudios solicitados.

²⁵ Falla o daño renal que se produce en horas o días, el estadio I se puede presentar con un aumento de creatinina >0.3 mg//dl en 48 horas.

²⁶ Disminución anormal de la concentración sanguínea, sérica o plasmática de calcio.

55. El 30 de noviembre de 2022 a las 09:10 horas, fue valorada nuevamente por PSP4, documentando la presencia de edema cerebral secundario a hidrocefalia y más de 72 horas en coma irreversible, sin antecedente de intoxicación aguda por medicamentos o sedantes cumpliendo con pre requisitos y criterios clínicos para muerte encefálica con ausencia de la conciencia (sic), de respiración espontánea y de reflejos de tallo cerebral, confirmándose con estudios de gabinete como tomografía de cráneo simple que corroboró causa irreversible del estado neurológico así como dos electroencefalogramas de 30 minutos y 1 hora con estímulo auditivo, encontrando ausencia de actividad bioeléctrica cerebral, por lo cual certificó que V presentaba muerte encefálica con base en lo establecido en la LGS en su artículo 344, a las 09:30 horas del día 30 de noviembre de 2024, firmando el formato denominado “Certificación de pérdida de la vida”.

56. A las 13:04 horas del 30 de noviembre de 2022 fue valorada nuevamente por PSP7, señalando que la tomografía de cráneo realizada el 29 de noviembre de 2022 corroboraba que la causa de la muerte encefálica de V fue una hemorragia subaracnoidea que estuvo enmascarada por la presencia de edema e hidrocefalia, motivo por el cual solicitó interconsulta al servicio de Neurocirugía para que valorará dicho estudio.

57. A las 18:51 horas del 30 de noviembre de 2022, V fue valorada nuevamente por el servicio de Neurocirugía, por parte de PSP10, quien refirió “*Se nos interconsulta para valoración de tomografía y otorgar informes a familiares*”, documentando la tomografía de cráneo simple del 29 de noviembre de 2022, comentando que neurológicamente no presentaba cambios respecto a valoración previa, continuaba con Glasgow de 3 puntos y ausencia de reflejos de tallo, y que la tomografía de cráneo mostraba imágenes hiperdensas en trayectos arteriales y venosos que condicionaban pseudo-hemorragia subaracnoidea por estasis sanguínea secundaria a edema cerebral severo, sin evidencia de hemorragia subaracnoidea ni indicación de tratamiento neuroquirúrgico.

58. Del 1 al 12 de diciembre de 2022, fue valorada por parte de personal PSP7, AR2 y PSP11, quienes reportaron a V en sus notas médicas, condiciones clínicas de V en similares circunstancias respecto a días previos, continuando con deterioro de las funciones del resto de órganos, destacando el hecho de que el 1 de diciembre de 2022, PSP7 refirió en nota médica que se comentaría a los familiares de V sobre el proceso de procuración de órganos sin que después se haga alusión en el expediente clínico a dicha circunstancia.

59. Es hasta el 13 de diciembre de 2022 a las 09:54 horas, que PSP7, señaló que V e continuaba hemodinámicamente inestable²⁷, y posteriormente, a las 23:02 horas, la misma persona médica señaló en nota de egreso “[...] *Permanece con deterioro con posterior compromiso hemodinámico, requiriendo de manejo de medicamento vasopresor sin obtener respuesta, sin logro de pam perfusoria e inestabilidad hemodinámica, el día de hoy se solicita por enfermería valoración del paciente, se acude al llamado tomando pulsos centrales y periféricos corroborando la ausencia de los mismos, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar, por 12 minutos sin obtener retorno de circulación espontanea, declarando la defunción con trazo isoeléctrico en electrocardiograma a las 18:25 pm*” (sic), estableciendo como causas de fallecimiento edema cerebral 13 días, encefalitis 13 días, leucemia mieloblástica en remisión 13 meses que coincide con lo plasmado en el certificado y acta de defunción.

60. En la Opinión Especializada se observó en el expediente clínico el protocolo de necropsia suscrito por PSP12, en la que señaló como diagnósticos finales: Enfermedad principal: Meningoencefalitis aguda bacteriana; Factores predisponentes: actividad neoplásica en medula ósea de Leucemia mieloblástica crónica; alteraciones secundarias: edema cerebral, múltiples adenopatías paraaórticas y pericolónicas.

²⁷ Significa que la presión arterial es anormal o inestable, lo que puede causar un flujo sanguíneo inadecuado a los órganos.

61. Cabe hacer mención que se cuenta con interpretación por médico radiólogo de los estudios de imagen realizados en fecha 21 y 22 de noviembre de 2022; sin embargo, estas fueron elaboradas hasta el 17 de enero de 2024 por PSP12, con las cuales, la especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional efectuó el siguiente cuadro comparativo:

Interpretación de tomografía de cráneo simple y contrastada del 21 de noviembre de 2022	Interpretación de tomografía de cráneo simple del 22 de noviembre de 2022
Las estructuras de la base de cráneo, bóveda craneal sin lesiones evidentes. Contenido orbitario de apariencia habitual, destacando aparente desviación de la mirada conjugada, con estructuras intra y extraoculares conservadas, se comenta prominencia bilateral de vena oftálmica superior con diámetros de hasta 3 mm en corte axial sin lesiones ni realces evidentes.	Las estructuras de la base de cráneo, bóveda craneal sin lesiones evidentes. Contenido orbitario de apariencia habitual, destacando aparente desviación de la mirada conjugada, con estructuras intra y extraoculares conservadas, se comenta prominencia bilateral de vena oftálmica superior con diámetros de hasta 3 mm en corte axial sin lesiones ni realces evidentes.
Senos paranasales con engrosamiento mucoperiosticos a nivel maxilar de predominio derecho asociado con quiste de retención en piso de seno maxilar ipsilateral, cornetes etmoidales superiores y esfenoidales bilaterales, y mastoides son normales. Se observa desviación del septo nasal de convexidad izquierda con presencia de espolón óseo contactante en área IV de Cottle.	Senos paranasales con engrosamiento mucoperiosticos a nivel maxilar de predominio derecho asociado con quiste de retención en piso de seno maxilar ipsilateral, cornetes etmoidales superiores y esfenoidales bilaterales, y mastoides son normales. Se observa desviación del septo nasal de convexidad izquierda con presencia de espolón óseo contactante en área IV de Cottle.
Supratentorialmente ²⁸ se observan hemisferios cerebrales simétricos con adecuada diferenciación entre sustancia gris y blanca. No se identifican imágenes hiperdensas que sugieran la presencia de zonas de hemorragia ni hematomas, tampoco se identifican zonas de hipodensidad que sugieran isquemia. No se identifican masas que sugieran la presencia de actividad tumoral, los ganglios basales, y talamos sin evidencia de lesiones.	Supratentorialmente se observan hemisferios cerebrales simétricos, el parénquima cerebral con surcos y cisuras que muestran leve borramiento a nivel parietal, occipital y temporal, asociada con leve pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y blanca que no se visualizaba en estudio previo del día 21/11/2022 y que sugiere edema. No se identifican imágenes hiperdensas que sugieran la presencia de zonas de hemorragia ni hematomas, tampoco se identifican zonas de

²⁸ La parte superior del encéfalo que contiene el cerebro, los ventrículos (espacios llenos de líquidos), el plexo coroide, el hipotálamo, la glándula pineal, la hipófisis y el nervio óptico.

	hipodensidad que sugieran isquemia. No se identifican masas que sugieran la presencia de actividad tumoral, los ganglios basales, y talamos sin evidencia de lesiones.
En las imágenes con medio de contraste IV no se identifican lesiones vasculares ni realces anormales. Sistema ventricular se observa prominente con índice de Evans 0.33. Hacia la fosa posterior ambos hemisferios cerebelosos, tallo encefálico, cuarto ventrículo y cisternas basales son de morfología y densidad normal. No existen colecciones epi o subdurales y la línea media es central	Sistema ventricular se observa prominente con índice de Evans 0.33. Hacia la fosa posterior ambos hemisferios cerebelosos, tallo encefálico, cuarto ventrículo y cisternas basales son de morfología y densidad normal. No existen colecciones epi o subdurales y la línea media es central.
OPINIÓN: En el presente estudio no se identifican lesiones tumorales, sin evidencia de áreas de hemorragia ni isquemia. Pansinusitis.	OPINIÓN: En el presente estudio se identifican datos sugerentes de edema, que no se visualizaba en estudio previo del día 21/11/2022, sin evidencia de lesiones tumorales, sin evidencia de áreas de hemorragia ni isquemia. Pansinusitis.

62. Es importante señalar que con relación al expediente de Queja Médica aperturado por el IMSS, se notificó a esta CNDH el acuerdo de 6 de mayo de 2024, en sentido improcedente en el que en el capítulo de consideraciones médicas se señaló lo siguiente:

“...la asegurada ingresó a la UMAE Hospital de Especialidades 25 CMN Noeste por cefalea y antecedente de traumatismo cráneo encefálico de 2 meses de evolución, durante su estancia presentó pérdida del estado de alerta y deterioro neurológico que ameritó sedación y ventilación mecánica; mediante estudio tomográfico se evidenció edema cerebral e hidrocefalia, continuó con deterioro clínico; el 29 de noviembre, Neurología mediante TAC de cráneo reportó hemorragia subaracnoidea, ante los datos clínicos

neurológicos que presentó, se realizaron dos electroencefalograma con diferencia de 24 horas y una angiografía cerebral, confirmando el diagnóstico de muerte cerebral”.

63. Determinando que el lamentable deceso de V se debió a la complejidad y severidad de su patología neurológica y no guarda relación con la atención proporcionada por el IMSS. En contraste a la determinación emitida por la Comisión Bipartita, en la Opinión Especializada se señaló que si bien V, contaba con factores de riesgo que la hacían susceptible para desarrollar una neuroinfección, AR1, AR2, AR3, y AR5 personal médico de los servicios de Urgencias y Hematología que valoraron a V los días 21 y 22 de noviembre de 2022, al no efectuar una adecuada anamnesis y exploración física del motivo de consulta, no ponderaron que podría tratarse de un proceso infección cerebral, en la que además la primera tomografía de cráneo realizada el 21 de noviembre de 2022 evidenció pansinusitis que es una inflamación de los senos paranasales con probable relación a infección a ese nivel, siendo que las bacterias pueden entrar a la cavidad craneal por contigüidad con senos paranasales.

64. AR1, AR2, AR3 y AR5 tampoco efectuaron una exploración neurológica a V, ni solicitaron valoración urgente por Neurología tal como ameritaba el caso, al tratarse de una paciente con alteraciones neurológicas por somnolencia, estupor y lenguaje incoherente anotados en hoja de enfermería, limitándose a considerar que se debía a infiltración de la leucemia a sistema nervioso central a pesar de que esta es infrecuente y para ello debía estarse ante una recaída de la enfermedad, sin que este fuera el caso de V, ya que en su último control, un mes previo, no se detectó enfermedad mínima residual o células leucemias remanentes, destacando también que presentaba leucocitosis con neutrofilia, parámetros de laboratorio que indican la presencia de inflamación-infección, debido a la inadecuada atención médica que se le brindó a la V en dichos días, no se advirtió de forma oportuna la posibilidad de dicha patología y no se

inició el tratamiento antibiótico necesario, ello permitió la libre progreso del cuadro clínico que ya tenía varios días de evolución previo a la solicitud de atención médica por parte de V, que se complicó con edema cerebral y consecuentemente la herniación amigdalina, y finalmente muerte encefálica.

65. Además, el personal de enfermería AR4, así como de los que su nombre se encuentra ilegible en la hoja de enfermería del 21 de noviembre de 2022, quienes omitieron notificar al médico de las alteraciones neurológicas documentadas en esa fecha, asimismo, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, personal adscrito al servicio de Radiología quienes omitieron la realización de los reportes de estudio tomográfico practicados a V los días 21 y 22 de noviembre, ya que la ausencia de dicho reporte, impidió establecer el diagnóstico de edema cerebral, lo cual condicionó que no se implementara el tratamiento especializado de manera urgente; por lo cual su actuación no se apegó a lo establecido en la Guía Cefalea Aguda.

66. Asimismo, una vez que se documentó clínicamente que V presentaba datos de muerte encefálica el 22 de noviembre de 2022, por coma profundo, ausencia de reflejos de tallo encefálico y automatismo respiratorio, requería que se corroborara con algún estudio auxiliar; sin embargo, existió una dilación en dicho proceso, ya que se realizó el electroencefalograma hasta 7 días después y posterior a este, mismo que era suficiente para confirmar dicho diagnóstico, todavía se efectuó angiotomografía 15 días después, sin que se notificara al comité de trasplantes el caso, a efecto de que no se retrasara el proceso y se garantizara la viabilidad de los demás órganos en caso de autorizarse su donación. Además de ello, no se mantuvo en las mejores condiciones clínicas posibles, ya que presentó descontrol hemodinámico, metabólico-renal y respiratorio, propio del declive funcional en ese estado, en la que mantener a V con soporte ventilatorio y vasopresor solo retrasó su evolución hacia el paro cardiorrespiratorio que terminó por presentarse, sin que esto haya incidido en la evolución, pronóstico ni fallecimiento de V.

67. Es por todo lo antes comentado, que se establece que la atención médica que se brindó a V, los días 21 y 22 de noviembre de 2022, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 fue inadecuada y no se apegó a lo que establece la Guía Cefalea Aguda, los artículos 32,²⁹ 33³⁰ y 51 de la LGS, en concordancia con los artículos 9³¹ y 48 del Reglamento de la LGS y 7³² del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS; que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad y calidez, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero, que a su vez, proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

68. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos

²⁹ **Artículo 32.** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

³⁰ **Artículo 33.** Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

³¹ **Artículo 9.** La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

³² **Artículo 7.** Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

69. La SCJN y la CrIDH han determinado que:

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) 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 (...).³³

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)" ³⁴, asimismo "(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos

³³ Tesis Constitucional. "Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado". Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.

³⁴ CrIDH. Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

(...).³⁵

70. Este Organismo Nacional ha referido que:

*(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.*³⁶

71. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, personas servidoras públicas adscritas al UMAE HE-25, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente.

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

72. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluyó que el origen de las complicaciones que presentó V fueron favorecidas por la inadecuada valoración que le fue practicada por AR1 y AR2 el 21 de noviembre de 2022, siendo está incompleta al no

³⁵ CrIDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

³⁶ CNDH. Recomendación: 243/2022, párr. 94.

incluir cualidad, intensidad, localización, duración y evolución, síntomas asociados, factores precipitantes o atenuantes, así como la exploración física que ejecutaron también fue deficiente, dado que no llevaron a cabo una exploración neurológica tal como lo ameritaba el caso, lo que no les permitió considerar otras posibilidades sobre el origen del cuadro clínico.

73. AR3 no valoró adecuadamente los estudios de laboratorio en los que se evidenció aumento de leucocitos y neutrófilos, así como desequilibrio hidroelectrolítico por sodio y fósforo bajos, los cuales fueron subestimados sin considerar que podrían relacionarse con la sintomatología de V, quien requería de una valoración urgente por especialista en Neurología, sin que la misma fuera solicitada por ninguno de los médicos que la valoró. De igual manera, en las hojas de enfermería de 22 de noviembre de 2024, en las que AR4 documentó las alteraciones neurológicas que presentó V (presencia de somnolencia y posteriormente estupor, además de debilidad generalizada e incoherencia), no encontró evidencia documental de que dichas condiciones clínicas se hubieran notificado al médico adscrito o de guardia ya que no obra comentario al respecto en dichas hojas de enfermería.

74. AR5 valoró a V el 22 de noviembre de 2022, al igual que los médicos anteriores, también omitió realizar exploración neurológica, esto, a pesar de que continuaba con cefalea severa, aun cuando contaba con manejo analgésico y tampoco solicitó interconsulta con el área de Neurología. Asimismo, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 omitieron la realización de los reportes de estudio tomográfico practicados a V los días 21 y 22 de noviembre, ya que la ausencia de dicho reporte impidió establecer el diagnóstico de edema cerebral, lo cual condicionó que no se implementara el tratamiento especializado de manera urgente; por lo cual su actuación no se apegó a lo establecido en la Guía Cefalea Aguda.

75. Dichas omisiones dieron como consecuencia que no se le brindara a V el tratamiento adecuado que permitió la complicación con el edema cerebral y consecuentemente la herniación amigdalina, y la muerte encefálica que derivó en su lamentable fallecimiento.

76. De esta forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, incumplieron con lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

77. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, debieron valorar adecuada e integralmente a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de la vida.

78. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, lo cual incumplió con lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la Constitución Federal; 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, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas

apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.³⁷

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

79. El artículo 6o, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,³⁸ 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.” En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que “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.”³⁹ La NOM-Del Expediente Clínico, establece que:

el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la

³⁷ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

³⁸ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

³⁹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

*salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*⁴⁰

80. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

81. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁴¹

82. En consecuencia, con fundamento 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 y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó

⁴⁰ Introducción, párrafo segundo.

⁴¹ CNDH, párrafo 34.

con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones de vista administrativa al OICE-IMSS Específico, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, por la inadecuada atención médica brindada a V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V en la UMAE HE-25

83. En la citada Opinión Especializada, se advirtió inobservancia del personal de salud de la UMAE HE-25, a los lineamientos de la NOM-Del expediente clínico, en su numerales 8.3, 9.1 y 10.1.1.9 y el Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, artículos 6 y 8, por no contar con hoja de enfermería, nota médica del 22 de noviembre de 2022 y firma en el consentimiento informado correspondiente a la intubación y colocación de catéter venoso central, de la misma forma en lo que se refiere al numeral 5.10, debido a que el personal médico no suscribió distintas documentales descritas en el cuerpo de la Opinión Especializada con su firma autógrafa.

84. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones; sin embargo, el personal médico y de enfermería persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

C.2. Omisión de otorgar información a familiares sobre el proceso de donación de órganos en el caso de muerte cerebral.

85. Como ya se ha definido en el presente documento recomendatorio, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible en una persona. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos: ausencia completa y permanente de la conciencia, ausencia permanente de respiración espontánea, ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestando arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

86. La Ley General de Salud en su artículo 344 establece que la muerte encefálica deberá corroborarse por estudios auxiliares, ya sea electroencefalograma o cualquier otro estudio de gabinete que demuestre la ausencia permanente de flujo encefálico arterial, en el caso particular de V se practicaron 2 encefalogramas, el 28 y 29 de noviembre de 2022, en este último se concluyó ausencia de actividad bioeléctrica y con base en ello PSP4 certificó la muerte encefálica de V requisitado el formato correspondiente a la pérdida de la vida.

87. El artículo 343 de la LGS establece que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o paro cardíaco irreversible, asimismo, el artículo 324 de la misma LGS señala que para la donación de órganos existirá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de cualquiera de las siguientes personas que se encuentren presentes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante.

88. En el presente caso, PSP4 en la valoración practicada a V el 23 de noviembre de 2022, consideró que cumplía con los criterios clínicos para determinar la muerte encefálica, misma que con base en la Ley General de Salud en su artículo 344 debía confirmarse con algún estudio auxiliar, programándose adecuadamente en este caso estudio de electroencefalograma, por lo que posterior a dicho estudio, ante la usencia de actividad bioeléctrica cerebral, PSP4 certificó que V presentó muerte encefálica a las 09:30 horas del día 30 de noviembre de 2024.

89. No obstante lo anterior, del análisis de la totalidad de constancias que integran el expediente clínico, no se advirtió registro alguno en el que se hubiese notificado a los familiares de V sobre la posibilidad de donar y/o analizar la opción para tomar la importante decisión de donar sus órganos, lo que sin duda constituyó una omisión que trasgredió el derecho a la información de QVI1, QVI2, VI1, y VI2.

V. RESPONSABILIDAD

D.1 Responsabilidad de las personas servidoras públicas

90. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, QVI2, VI1 y VI2, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

90.1. AR1 y AR2, quienes valoraron a V el 21 de noviembre de 2022, omitieron realizar una anamnesis adecuada, efectuando un valoración de forma incompleta al no incluir cualidad, intensidad, localización, duración y evolución, síntomas

asociados, factores precipitantes o atenuantes, así como la exploración física que ejecutaron también fue deficiente, dado que no llevaron a cabo una exploración neurológica tal como lo ameritaba el caso, lo que no les permitió considerar otras posibilidades sobre el origen del cuadro clínico.

90.2. AR3 no valoró adecuadamente los estudios de laboratorio en los que se evidenció aumento de leucocitos y neutrófilos, desequilibrio hidroelectrolítico por sodio y fósforo bajos, los cuales fueron subestimados sin considerar que podrían relacionarse con la sintomatología de V, quien requería de una valoración urgente por especialista en Neurología, sin que la misma fuera solicitada por ninguno de los médicos que la valoró.

90.3. De igual manera, destaca las anotaciones realizadas en las hojas de enfermería de 22 de noviembre de 2024, en las que se señalaron alteraciones neurológicas por la presencia de somnolencia y posteriormente estupor, además de debilidad generalizada e incoherencia; no obstante, no existe evidencia documental de que dichas condiciones clínicas se hubieran notificado al médico adscrito o de guardia ya que no obra comentario al respecto en esas hojas, firmada una de ellas por AR4 y en otra con el nombre ilegible.

90.4. AR5 valoró a V el 22 de noviembre de 2022, al igual que los médicos anteriores, también omitió realizar exploración neurológica, esto, a pesar de que continuaba con cefalea severa, aun cuando contaba con manejo analgésico y tampoco solicitó interconsulta con el área de Neurología.

90.5. Asimismo, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 omitieron la realización de los reportes de estudio tomográfico practicados a V los días 21 y 22 de noviembre, ya que la ausencia de dicho reporte

impidió establecer el diagnóstico de edema cerebral, lo cual condicionó que no se implementara el tratamiento especializado de manera urgente; por lo cual su actuación no se apegó a lo establecido en la Guía Cefalea Aguda.

90.6. Dichas omisiones dieron como consecuencia que no se le brindara a V el tratamiento adecuado que permitió la complicación con el edema cerebral y consecuentemente la herniación amigdalina y finalmente la muerte encefálica.

91. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que:

Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...

Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución (...).

92. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual

de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

93. En consecuencia, con fundamento 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 y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente Recomendación con base en la opinión médica emitida por personal de este Organismo Autónomo, de ser el caso, se realice la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7⁴² AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica proporcionada de V a fin de que dicha autoridad determine lo que en derecho corresponde, considerando lo señalado en apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

D.2. Responsabilidad institucional

94. Conforme a lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 1o. de la Constitución Política, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En

⁴² Quien causó baja el 18 de julio de 2023 conforme a las evidencias proporcionadas a este Organismo Nacional.

consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

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

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

97. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que del análisis a la documentación del expediente clínico de V, se advirtieron diversas irregularidades como ya fue detallado en párrafos que anteceden, por tanto, la atención médica brindada en la UMAE HE-25 no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Del expediente clínico, por lo que se tendrán que realizar las

acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

98. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, así como 56 al 77 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

99. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que acceda a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia

de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

101. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”⁴³. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que:

[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean

⁴³ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]»⁴⁴.

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

i. Medidas de rehabilitación

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

104. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, el IMSS en colaboración con la CEAV deberá brindar a QVI1, QVI2, VI1, y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI1, QVI2, VI1, y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada

⁴⁴ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio, así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

105. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.”⁴⁵.

106. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

107. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QVI1, QVI2, VI1, y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración

⁴⁵ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2, VI1, y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

108. 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.

109. 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 continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida

de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

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

111. De ahí que el IMSS colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, por los actos y/u omisiones precisadas en el cuerpo de la presente Recomendación a efecto de que, de ser el caso, realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

112. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, en el 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 ésta tiene como fin dar a conocer las violaciones a

derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

iv. Medidas de no repetición

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

114. Al respecto, el IMSS deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como del contenido de las NOM-Del Expediente Clínico dirigido al personal médico y de Enfermería del servicio de Urgencias, Hematología, y Radiología, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano.

115. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

116. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias y Hematología de la UMAE HE-25, que describa los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud, a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo; además de ser evaluados de manera integral, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

117. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

118. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaboren en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI1, QVI2, VI1, y VI2, a través de la noticia de hechos que el IMSS realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en atención a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI1, VI2, VI2 y VI3, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, así como las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI1, QVI2, VI1, y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación

y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 ,AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18 , por los actos y/u omisiones precisadas en el cuerpo de la presente Recomendación a efecto de que, de ser el caso, realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como del contenido de las NOM-Del Expediente Clínico dirigido al personal médico y de Enfermería del servicio de Urgencias, Hematología, y Radiología, respectivamente, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, y AR18, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico de los servicios de Urgencias, Hematología, y Radiología de la UMAE HE-25, que

describa los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud, a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo; además de ser evaluados de manera integral, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

120. 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.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM