

RECOMENDACIÓN NO. 003/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 Y VI2, POR PERSONAL MÉDICO DE LA CLÍNICA HOSPITAL DE CHILPANCINGO DE LOS BRAVO, GUERRERO, DEL ISSSTE

Ciudad de México, a 31 de enero de 2025

**MTRO. MARTÍ BATRES GUADARRAMA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 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 contenidas en el expediente **CNDH/PRESI/2024/1188/Q**, relacionado sobre la atención médica brindada a V en la Clínica Hospital Chilpancingo de los Bravo del ISSSTE, Guerrero.

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

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, 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, párrafo último, y 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y 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 para las distintas personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVES
Persona Quejoso Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Directa	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones e instrumentos legales 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/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Clínica Hospital Chilpancingo de los Bravo del ISSSTE, en Guerrero	Clínica del ISSSTE en Chilpancingo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGSMPM

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	CLAVE
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de las Crisis Hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención, GPC-SS-155-20.	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de las Crisis Hipertensivas
Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, GPC-IMSS-335-19.	Guía de Práctica Clínica de Prevención diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica.
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	CLAVE
Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, GPC- IMSS-718-18.	
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, IMSS-243-09.	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del expediente clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013	NOM- Regulación de los servicios de salud

I. HECHOS

5. El 18 de enero de 2024, QVI presentó una queja ante esta Comisión Nacional, manifestando que, el 13 de enero de 2024, aproximadamente a las 13:00 horas, V ingresó al área de urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo debido a complicaciones derivadas de su diabetes. Señaló que V se encontraba en tratamiento de diálisis, con tres cambios diarios de bolsas para eliminar toxinas de su cuerpo. Sin embargo, desde su ingreso al nosocomio, no se le proporcionó dicho tratamiento, bajo el argumento del personal médico de que no contaban con las condiciones ni el equipo necesario. Asimismo, indicó que no fue trasladada a una sala donde pudiera recibir el procedimiento requerido ni la atención médica adecuada. Además, señaló que V presentó problemas

respiratorios y un cuadro de hinchazón generalizado, permaneciendo en el nosocomio hasta su fallecimiento, ocurrido el 20 de enero de 2024.

6. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/PRESI/2024/1188/Q**, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se obtuvo el expediente clínico y demás información relacionada con la atención médica proporcionada a V, que remitió la Subdirectora de Atención al Derechohabiente del ISSSTE y personal de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el apartado de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Acta circunstanciada de 18 de enero del 2024, elaborada por personal de esta CNDH a través de la cual QVI señaló las circunstancias de tiempo, modo y lugar de los hechos motivo de su inconformidad sobre la atención médica que recibió V, por parte de personas servidoras públicas de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo.

8. Oficio DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/1789-4/24 de 27 de marzo de 2014, suscrito por la Subdirectora de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, mediante el cual remitió copias certificadas del expediente clínico de V; de las que destacan las siguientes:

- 8.1. Hoja de Urgencias de las 10:07 horas, de 13 de enero de 2024, emitida por AR1 personal médico de Urgencias, donde refirió que V, ingresó a la Unidad Hospitalaria con los diagnósticos de "Enfermedad renal crónica en DPCA¹ / Cardiopatía valvular/ Anasarca/ Derrame pleuropericardico Falla de ultrafiltración/ DM II/ HAS descontrolada.

¹ La diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA).

- 8.2.** Nota de evolución de las 10:03 horas, de 14 de enero de 2024, emitida por AR2 personal médico de Urgencias, en la que no se registraron los signos vitales.
- 8.3.** Nota de evolución de las 14:38 horas, de 14 de enero de 2024, emitida por AR2, donde refirió la revaloración médica de V.
- 8.4.** Nota de evolución de 15 de enero de 2024 a las 10:16 horas, emitida por AR3 personal médico de Urgencias, donde mencionó que V, se encontraba con signos vitales dentro de parámetros normales, con disminución de edema y disnea, a la exploración dirigida, con sibilancia aislada ápice derecho, se ajusta manejo diurético.
- 8.5.** Nota de evolución de 15 de enero de 2024 a las 12:56 horas, emitida por AR4 personal médico de Urgencias, donde asentó que V continuó con datos de hipoventilación pulmonar en ambas bases con cerrado (para diálisis peritoneal); amerita ajuste de diálisis peritoneal por nefrología, en este momento no hay criterios para diálisis en agudo.
- 8.6.** Nota de evolución de 15 de enero de 2024 a las 15:30 horas, emitida por AR5 personal médico de Urgencias, donde asentó que V, a su exploración física, con progresión del edema generalizado (anasarca), el cual se pudo apreciar a nivel de párpados, sin cambios en el resto; con acidosis metabólica, la cual era consecuencia del deterioro en la función renal crónica en estado irreversible.

- 8.7.** Nota de evolución de 16 de enero de 2024 a las 10:34 horas, emitida por AR3, donde asentó que V se encontraba como única alteración "ruidos respiratorios disminuidos en ambas bases".
- 8.8.** Nota de evolución de las 15:00 horas, del 16 de enero de 2024, emitida por AR5, donde mencionó que V, presentó hipertensión arterial, taquipnea; y a la exploración física persistía la presencia de anasarca y datos de hipoventilación en ambas bases pulmonares con la siguiente nota: "en espera de valoración por nefrología".
- 8.9.** Hoja de ingreso Hospitalario de 16 de enero de 2024 a las 18:28 horas, emitida por PSP1, donde asentó que V, ingresó al Servicio de Medicina Interna, con los diagnósticos de: "síndrome de retención hídrica, en resolución, DM2 descontrolada, HAS, ERC en diálisis peritoneal".
- 8.10.** Notas de enfermería de 18 de enero de 2024, sin hora de registro y sin datos de médico responsable, donde se registró que V, permaneció con tendencia a la hipertensión arterial, con el resto de los signos vitales dentro de parámetros normales y porcentajes de oximetría adecuados.
- 8.11.** Nota de enfermería sin hora registrada de 19 de enero de 2024, sin datos de médico responsable, donde se registró que V, presentó hipotensión arterial, desaturación de oxígeno al 68%, con frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de parámetros normales, sin mención de niveles de temperatura.
- 8.12.** Nota médica de 19 de enero de 2024 sin hora registrada, realizada por PSP2, en la que recetó a VI y dio indicaciones de realizar diálisis con bolsas

al 2.5% 2000 CC5 bancos de entrada por salida + 10 en ml de bicarbonato + 500 UI de heparina, después continuar con diálisis ya prescrita.

- 8.13.** Certificado de defunción de 20 de enero de 2024 a las 00:30 horas, elaborado por PSP3, en el cual estableció la causa de muerte de V, consistente en "edema pulmonar 12 horas, insuficiencia renal crónica 3 años, hipertensión arterial 10 años".
- 8.14.** Hoja de egreso de 20 de enero de 2024 a las 04:49 horas, elaborada por PSP3, quien emitió la hoja de egreso hospitalario de V, establecieron como diagnósticos de defunción; edema agudo pulmonar, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2.
- 9.** Opinión médica de 9 de julio de 2024, emitida por personal de este Organismo Nacional sobre la atención médica brindada a V en la Clínica del ISSSTE de Chilpancingo, en la que se concluyó que la atención brindada a V del 13 al 20 de enero de 2024 fue inadecuada.
- 10.** Acta circunstanciada de 16 de octubre de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se hizo constar que QVI manifestó que, no interpuso queja médica, ni denuncia penal ante el ministerio público.
- 11.** Correo electrónico institucional de 5 de noviembre de 2024, por virtud del cual personal del ISSSTE informó los datos de las personas servidoras públicas que brindaron atención médica a V.
- 12.** Acta circunstanciada de 6 de noviembre de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se hizo constar que QVI manifestó como se encontraba conformado el núcleo familiar de V y proporcionó los nombres de VI1 y VI2.

13. Acta circunstanciada de 17 de enero de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se le comunico a QVI que del acercamiento que personal de esta Comisión realizó con el ISSSTE, se hizo de conocimiento la posibilidad de que pueda obtener una reparación del daño al haber presuntamente sometido su asunto ante el Comité de ese Instituto y se le orientó respecto a la solicitud que puede realizar para la obtención de ésta.

14. Acta circunstanciada de 29 de enero de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual personal del ISSSTE informó que el asunto sometido a Comité había resultado procedente y remitiría la información vía correo electrónico; sin embargo, a la fecha de la emisión de la presente este no ha sido recibido.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se contó con evidencia que permita acreditar que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni la existencia de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control Específico en el ISSSTE, relacionados con los hechos descritos.

16. El 29 de enero de 2025, personal del ISSSTE informó que el asunto relacionado con los hechos motivo de la presente Recomendación que presuntamente se sometió ante el Comité en ese Instituto resultó procedente; sin embargo, no remitió evidencia que acreditara el estatus de dicho procedimiento.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/1188/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, atribuibles a personal médico de la Clínica del ISSSTE de Chilpancingo, en razón de las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

18. El numeral 4 de la CPEUM en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*².

19. Los principios de París prevén expresamente las competencias de las instituciones nacionales de derechos humanos entre las que se encuentran que tengan el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violaciones a los derechos humanos y poder emitir dictámenes, recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo *“formular recomendaciones a las autoridades competentes”*.³

² Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

³ Apartado D, de los Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasi jurisdiccional.

20. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su Observación General No. 14, Derecho al disfrute más alto nivel posible de salud, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud⁴.

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

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

⁴ “...el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párrafo 33.

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

22. La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma, en su artículo 25, párrafo primero, que: “[...] *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure... la salud... y en especial... la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]*”.

23. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, que: “[...] el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad⁶.

24. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advierte que el personal médico de la Clínica del ISSSTE de Chilpancingo, omitieron brindar atención adecuada a V, derivado de su calidad de garantes que les otorgan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 22 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, lo que se tradujo en una violación al derecho a la protección de la salud, como se estableció en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, sobre la atención médica brindada a V en la Clínica del ISSSTE de Chilpancingo, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V por el personal médico fue inadecuada; como a continuación se analizará el presente caso.

⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párrafo 21.

A.1 VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V

25. El caso que nos ocupa se trata de V, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica (ERC), fue ingresada en la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo del 13 al 20 de enero de 2024.

26. El 13 de enero de 2024 a las 10:07 horas, V fue recibida en el Área de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, donde fue atendida por AR1 personal médico del Servicio de Urgencias, quien mencionó la presencia de edema generalizado severo y dificultad respiratoria, no se tomó una medida efectiva para abordar estos problemas, como la reanudación de la terapia dialítica o la administración de diuréticos.

27. De acuerdo con lo establecido en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, AR1 adscrito al Servicio de Urgencias, de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, omitió indicar las medidas pertinentes para normalizar las cifras de tensión arterial que presentaba V, como el uso de fármacos antihipertensivos; de brindar un manejo la taquipnea e hipotermia evidenciadas en el apartado de constantes vitales, establecer un protocolo de estudios con la toma de paraclínicos de control y solicitar interconsulta a la especialidad de Cirugía General para descartar la necesidad de realizar punción torácica.

28. A las 14:38 horas de 13 de enero de 2024, AR2 personal médico adscrito al servicio de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, al momento de otorgarle atención médica a V, reiteró lo diagnosticado por AR1, en la cual no se plasmaron las constantes vitales, sin tomar una medida efectiva, realizando un inadecuado manejo del Edema y Taquipnea; en consecuencia y de acuerdo a la citada Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, AR2 omitió brindar manejo para el edema

generalizado (anasarca⁷) que presentaba V, que incluyera valoración para reanudar la terapia de sustitución renal, así como la revisión del electrocardiograma y los estudios de laboratorio, realizados a V.

29. El 14 de enero de 2024, a las 10:03 horas, AR2 omitió en la nota de evolución de V registrar los signos vitales y asentó lo siguiente: en compañía de familiar hijo, paciente neurológicamente íntegra, refiere vómito en 2 ocasiones (sin especificar las características del mismo), sólo continuo, buena mecánica respiratoria, con hipoventilación bibasal... peristalsis presente..."; cabe señalar que no se plasmó el resultado de la telerradiografía de tórax, del electrocardiograma e información sobre la interconsulta solicitada a Nefrología.

30. En la Opinión Médica realizada por esta CNDH se tiene que el manejo descrito fue inadecuado por AR2, quien omitió tomar las medidas necesarias para iniciar diálisis peritoneal en agudo, ya que V presentaba criterios de etapa G5 de falla renal y retención hídrica severa; todo lo anterior, en conjunto contribuyó con la persistencia del deterioro de salud ya mencionado y aumento de la morbimortalidad, por lo que no hubo apego a lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica y la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2, así como la inobservancia inobservancias a la NOM-Del expediente clínico.

31. El 15 de enero de 2024 a las 10:16 horas, AR3 personal médico del Servicio de Urgencias, emitió una nota de evolución de la V, en la que se mencionó que se encontraba con signos vitales dentro de parámetros normales, con tele de tórax en la que se observa borramiento de ángulos costo diafragmáticos bilaterales... ", en el estudio de imagenología descrito, se observaron datos sugestivos de derrame pleural (que

⁷ Enfermedad que se caracteriza por la acumulación de líquidos en todo el cuerpo, lo que provoca un edema generalizado

ameritaba protocolo de estudio por medio de paraclínicos de extensión); se agregaron a las indicaciones de esa fecha esquema de insulina rápida (control glicémico), salbutamol (broncodilatador) y solicitud de gasometría arterial, continuando con furosemida como diurético, así mismo no se registró el uso de ceftriaxona en dichas indicaciones; sin embargo en la nota de enfermería de ese día se continuó con la administración de dicho antibiótico; habiendo integrado los diagnósticos de "insuficiencia cardiaca descompensada NYHA, diabetes mellitus tipo II descontrolada, hipertensión arterial en tratamiento, enfermedad renal crónica sin TSFR.

32. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que el manejo descrito fue inadecuado, en tanto AR3 omitió establecer un protocolo de estudio para los datos de derrame pleural que mostró V, y su posterior seguimiento, asimismo en solicitar interconsulta a la especialidad de medicina interna para la valoración de las patologías crónico-degenerativas de V, derivado de lo anterior condicionó la persistencia del cuadro de alteración a nivel pulmonar, lo que se relacionó con el deterioro de la salud de V, por lo que no existió apego a lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural; sin que pase desapercibido que AR3, en sus indicaciones de esa fecha no contempló el uso de antibiótico, a pesar de que se prosiguió con el esquema del mismo, lo cual es una inobservancia a la NOM- Del expediente clínico, que no repercutió de manera negativa en la salud de la persona motivo de queja.

33. El 15 de enero de 2024 a las 12:56 horas, AR4 personal médico del Servicio de Urgencias, emitió una nota de evolución a V, en la que mencionó que continuó con datos de hipoventilación pulmonar en ambas bases con predominio derecho, secundario a la presencia de derrame pleural, con catéter abdominal cerrado (para diálisis peritoneal); revalorando el estudio de tele de tórax y agregó lo siguiente: "derrame pleural bilateral de lado derecho con 15 de borramiento, no se observa cardiomegalia, botón aórtico con

calcificación ⁸ ... mantiene diuresis residual y no es suficiente para extraer líquido pulmonar, amerita ajuste de diálisis peritoneal por nefrología, en este momento no hay criterios para diálisis en agudo... solicitamos electrocardiograma"; lo anterior sin haber realizado ajustes a las indicaciones, a pesar de los hallazgos descritos en el estudio de imagenología (afección pulmonar).

34. De acuerdo a la citada Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, se advirtió que AR4 realizó un manejo inadecuado, al omitir solicitar un estudio de imagenología (ultrasonido o tomografía de tórax) para valorar la extensión del derrame pleural descrito y con base a los resultados de este continuar con el manejo a V, asimismo tomar las medidas pertinentes para iniciar la terapia de sustitución renal en agudo, ante los criterios que presentaba V, (falla renal en etapa G5, retención hídrica severa y contar con catéter abdominal funcional para diálisis peritoneal); así también soslayó solicitar interconsulta a las especialidades de Cardiología, Nefrología y Medicina Interna, así como paraclínicos de control que incluyeran niveles de glucosa, electrolitos séricos y electrocardiograma, y realizar interconsulta a la especialidad de cardiología, para la valoración de la cardiopatía valvular que se refirió en previas notas, con evidencia imagenológica de calcificación en botón aórtico.

35. A las 15:30 horas de la fecha señalada previamente, V fue valorada por AR5 personal médico del Servicio de Urgencias, emitió una nota de evolución, donde plasmó a V, con progresión del edema generalizado (anasarca), el cual se pudo apreciar a nivel de parpados; recabando el resultado de la gasometría arterial⁹, lo cual fue indicativo de acidosis metabólica, la cual era consecuencia del deterioro en la función renal crónica en estado irreversible de V; en consecuencia a lo anterior y de acuerdo a la citada Opinión

⁸ La calcificación de la válvula aórtica es una afección en la que se forman depósitos de calcio en la válvula aórtica. Estos depósitos pueden hacer que la abertura de la válvula se estreche.

⁹ (con valores de referencia entre paréntesis) del mismo día con pH de 07.28 (7.38 a 7.42), PCO2 42 mmHg (38 a 42 mmHg), HC03 19.7 mEq/L (22 a 28 mEq/L), sodio 140 mEq/L (135 a 144 mEq/L), potasio 3.5 mEq/L (3.5 a 5.49 mEq/L) y glucosa de 76 mg/dL

Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, AR5, no tomó las medidas necesarias para corregir el desequilibrio ácido/base que presentaba V, (como el uso de bicarbonato de sodio), ni brindó terapia sustitutiva renal por medio de diálisis peritoneal, lo cual se relaciona con la persistencia de la acidemia y el deterioro en el estado de salud de la paciente, en desapego a lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base.

36. El 16 de enero de 2024 a las 10:34 horas, AR3, al emitir nota de evolución donde mencionó que V, se encontraba con tensión arterial de 134/80 (normotensa), con el resto de los signos vitales dentro de parámetros normales, sin mención de niveles de oximetría, en la nota se integraron los diagnósticos previamente mencionados y se agregó "Pb infección de vías urinarias", sin que registrara sintomatología para dicho trastorno o se contemplaran estudios de laboratorio con hallazgos correspondientes; en el apartado de exploración física se plasmó como única alteración "ruidos respiratorios disminuidos en ambas bases", solicitó valoración por el servicio de Nefrología para ajuste de terapia dialítica"; lo cual era indicativo de persistencia del derrame pleural previamente diagnosticado, en las indicaciones agregó el uso de dapagliflozina ¹⁰, solicitar gasometría arterial de control y "oxígeno por puntas nasales en caso de SP02 menor a 90%" se suspendió el uso de salbutamol (broncodilatador).

37. De acuerdo a la Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, AR3, realizó un inadecuado manejo descrito con antelación, en tanto, a pesar de que V, se encontraba en su cuarto día de estancia en el servicio de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, pasando desapercibido el diagnóstico de acidosis metabólica (el cual se identificó un día antes en estudios de laboratorio), y por lo tanto AR3, no tomó las medidas necesarias para la corrección del desequilibrio ácido/base, así como la toma de gasometría arterial de control, por lo que persistió el deterioro en el estado de salud

¹⁰ La dapagliflozina es un medicamento hipoglucemiante.

de la agraviada y aumento de la morbimortalidad, en desapego a lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base.

38. El 16 de enero de 2024 a las 15:00 horas, AR5, emitió una nota de evolución a V, donde mencionó que presentó hipertensión arterial, taquipnea, saturación de oxígeno al 91 % al aire ambiente, glucosa capilar de 86 mg/dL (normal) y el resto de constantes vitales dentro de parámetros normales y su exploración física persistía la presencia de anasarca y datos de hipoventilación en ambas bases pulmonares con la siguiente nota: "en espera de valoración por nefrología"; un fragmento de las indicaciones se encontró registrado en escritura manual, con deficiente calidad y parcialmente ilegible, en la que se inició el uso de diálisis peritoneal, sin que se pueda dilucidar el tipo de soluciones empleadas, sin cambios en el resto.

39. De acuerdo a la citada Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, se determinó que AR5, al realizarle el manejo descrito con antelación, este fue inadecuado, en razón que omitió dar seguimiento al diagnóstico previamente establecido de derrame pleural, lo que se relacionó con deterioro en la ventilación, por lo que existió desapego a lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, así mismo AR5, no advirtió documentos que evidenciaran que indicó las medidas para iniciar la terapia de sustitución renal, tras la minuciosa revisión del expediente clínico, no que dicha terapia se hubiese realizado, sin que pase desapercibido que AR5, el documento no contaba con los datos completos de la médico responsable del mismo, siendo esto inobservancias a la NOM- Del expediente clínico, lo cual no afectó de manera negativa la salud de V.

40. De las conclusiones de la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se advirtió que las causas de fallecimiento de V no fueron adecuada y oportunamente diagnosticadas y manejadas en la Clínica Hospital del ISSSTE en

Chilpancingo, cuyas manifestaciones tempranas pasaron inadvertidas por AR1, AR2 y AR3.

41. En el caso particular, del análisis de las evidencias y de la aceptación de la responsabilidad administrativa por parte del ISSSTE, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito a la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, pese a que V, se encontraba en una condición grave, derivada de los diagnósticos que presentó a su ingreso con enfermedad renal en etapa terminal G5, derrame pleural, hipertensión arterial sistemática, diabetes mellitus tipo II y cardiopatía no especificada, se estableció desde el punto de vista médico legal que las múltiples omisiones señaladas a lo largo del análisis guardaron relación directa con las complicaciones que V desarrollo durante su estancia hospitalaria y su posterior fallecimiento.

42. De las irregularidades descritas y analizadas, se acreditó la inadecuada atención médica por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V su derecho a la protección de la salud, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

43. El derecho a la vida es inherente a la persona, y una obligación para el Estado de evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio del

derecho, ya sea por acción u omisión, por culpa o dolo de un individuo o autoridad¹¹, este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1º, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la CPEUM; 1.1 y 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 1º y 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y 1º, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establecen el marco jurídico básico de protección del derecho a la vida, el cual “...no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción”.¹²

44. Al respecto, la CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio, entendiéndose con ello que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de ésta.

45. Por otra parte, este Organismo Nacional ha sostenido que:

[...] existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [que], 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

¹¹ CrIDH, Caso Reverón Trujillo Vs. Venezuela, excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas.

¹² CrIDH, Caso *Coc Max y otros* (“Masacre de Xamán”) vs. *Guatemala*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.

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.¹³

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

46. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo; ya que omitieron establecer las medidas terapéuticas necesarias para disminuir las cifras de hipertensión arterial que presentaba la agraviada al momento de su ingreso, además no brindó manejo para las condiciones de taquipnea e hipotermia ni solicitó interconsulta al servicio de Cirugía General; omitió dar seguimiento por medio de un protocolo de estudio, al derrame pleural que presentó la agraviada y solicitar interconsulta a la especialidad de Medicina Interna, lo que disminuyó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la obtención del tratamiento que V requería, lo que causó que se encontraran datos francos que la llevaron a su lamentable deceso.

47. El artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, establece que el Estado deberá satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades encaminadas a proteger, promover y restablecer la salud de las personas, con el fin último de proteger el derecho a la vida, lo que en el presente caso no se actualizó, dado que las personas autoridades responsables del CH-ISSSTE, omitieron e incumplieron considerar el estado integral de V, al no haber agotado los medios correspondientes ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, brindaron una inadecuada atención médica, por no realizar los diagnósticos y tratamientos oportunos necesarios que debían aplicarse, escenario que

¹³ CNDH. Recomendación 39/2021, párrafo 97, del 2 de septiembre de 2021.

contribuyó a su deterioro, así como al desarrollo de complicaciones y su posterior fallecimiento.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR VULNERABILIDAD DE V

48. El derecho humano al trato digno se encuentra reconocido en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su párrafo quinto, mediante el cual reconoce a todos los seres humanos como libres e iguales en dignidad y derechos, sin distinción alguna.

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

50. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.¹⁴

51. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad,

¹⁴ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible.¹⁵

52. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud¹⁶ ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, no son causadas por una infección aguda, pero las consecuencias para la salud son a largo plazo, así como su tratamiento y cuidados, coincidiendo la Organización Mundial de la Salud al precisar que son de larga duración.¹⁷

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

54. Por lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona con antecedentes de enfermedad renal en etapa terminal G5, derrame pleural, hipertensión arterial sistemática, diabetes mellitus tipo II y cardiopatía no especificada debió recibir un trato preferencial, inadvertencia que se corroboró con las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, que estuvieron a cargo de la atención médica de V, mismas que derivaron en el deterioro significativo de su estado de salud y posterior fallecimiento.

¹⁵ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Enfermedades no transmisibles". Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). "Enfermedades no transmisibles". Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

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

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

56. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, emitida el 31 de enero de 2017, 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.”¹⁸.

57. Resulta aplicable la sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, del 22 de noviembre de 2007 emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere “[...] la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.¹⁹

¹⁸ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹⁹ CNDH, Recomendaciones: 28/2021, párr. 103; 4/2021, párr. 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párr. 114; 80/2019, párr. 66; 1/2018, párr. 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párr. 171 y 14/2016, párrafo 41.

58. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.”²⁰

59. 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, magneto-ópticos [...] mediante los cuales se hace constar [...] las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social [...].

60. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que “la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”²¹.

²⁰ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

²¹ CNDH. Recomendación General 29/2017.

61. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para 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.²².

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

62. En la Opinión Médica de esta CNDH se destacó las omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, a saber:

63. De la atención médica que se le brindó a V, se advirtió que en expediente clínico existen documentos que carecen de los datos completos del médico responsable, no brindo información sobre la cardiopatía valvular, omitiendo también mencionar la presencia de catéter Tenkhoff, así señalar el registro de signos vitales, niveles de oximetría y diagnósticos integrados y omitir la integración del diagnóstico de acidosis metabólica de V, lo anterior siendo inobservancias a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

64. Con ello, incumplieron con los numerales 7, 7.1 y 7.1.5 de la NOM-Del expediente clínico, los cuales establecen que: “De las notas médicas en urgencias, inicial deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: (...) Signos Vitales (...) resultados

²² *Ibidem*, párrafo 34.

relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente (...).”.

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

66. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

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

68. Este Organismo Nacional, en el párrafo 34 de la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias 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 y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. 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 su estado de salud.

69. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, las omisiones antes descritas demostraron la falta de apego en el seguimiento médico de V, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, VI1 y VI3, a que conocieran la verdad; por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

70. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por la inadecuada atención médica que realizaron a V en la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo se concluyó, de la manera siguiente:

70.1. AR1 omitió establecer las medidas terapéuticas necesarias para disminuir las cifras de hipertensión arterial que presentaba la agraviada al momento de su ingreso, además no brindó manejo para las condiciones de taquipnea e

hipotermia ni solicitó interconsulta al servicio de Cirugía General, como se menciona ampliamente en el análisis.

70.2. AR2 omitió, los días 13 y 14 de enero de 2024, omitió tomar las medidas necesarias para iniciar la diálisis peritoneal en la agraviada y dar manejo a los cuadros de anemia e hiperuricemia que presentaba V, en tanto esta presentaba las condiciones idóneas para la realización de dicha terapia, así como tampoco valoró los paraclínicos de la paciente que tuvo a disposición

70.3. AR3 omitió dar seguimiento por medio de un protocolo de estudio, al derrame pleural que presentó la agraviada y solicitar interconsulta a la especialidad de Medicina Interna.

70.4. AR4 omitió solicitar estudios de imagenología para clasificar el derrame pleural que presentaba la agraviada, solicitar interconsulta a los servicios de Cardiología, Nefrología y Medicina Interna, indicar la toma de paraclínicos de control e iniciar las medidas para comenzar con la terapia de sustitución renal, pese a que se evidenció la progresión de la retención hídrica (anasarca) que presentaba V.

70.5. AR3 y AR5 omitieron indicar el manejo pertinente para el control de la acidosis metabólica, enfermedad renal con criterios de terapia dialítica en agudo y anasarca que presentó V.

71. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incumplieron, de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas que prevén, en términos generales, que las personas servidoras públicas 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; así como promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

72. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones de vista administrativa al Órgano Interno de Control Específico del ISSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V, a fin de que dicha autoridad determine lo que en derecho corresponde, considerando lo señalado en el 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.

V.2. Responsabilidad institucional

73. Conforme al párrafo tercero del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

74. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran 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, también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

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

76. Aunado a ello, personal médico de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del expediente clínico, incumpliendo con ello los numerales 7, 7.1., 7.1.5.

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

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

78. 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 vía, 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; así como 64 y 65, inciso c), de la Ley General de Víctimas, los cuales prevén que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

79. Para tal efecto, conforme a los numerales 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I y último párrafo; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad en la materia aplicable al caso concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos descritos en la presente Recomendación, se deberá inscribir a V; así como a QVI, VI1 y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que QVI, VI1 y VI2, tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello,

este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

80. Los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones; así como en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, indemnización, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; además de identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

81. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH asumió 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”²³.

82. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que este: “(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa; así como la

²³ CrIDH, *Caso Espinoza González Vs. Perú*, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

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 (...)”²⁴.

83. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios:

i. Medidas de rehabilitación

84. Las medidas de rehabilitación buscan facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, entre cuyas medidas se incluye la prestación de servicios de asesoría jurídica, tendientes a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas y a garantizar su disfrute pleno; de conformidad con el artículo 21 de los *Principios y Directrices* (instrumento antes referido), en el cual la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

85. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el ISSSTE deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades

²⁴ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Fondo, Sentencia, del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii Medidas de compensación

86. Estas medidas, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia."²⁵.

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

88. Para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero, el ISSSTE deberá colaborar con el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V; así como de QVI, VI1 y VI2, a

²⁵ *Caso Bulacio vs Argentina*, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

través de la noticia de hechos de la presente Recomendación que ese Instituto realice, acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV y, una vez que emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, de manera específica, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica y fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a dicha Comisión Ejecutiva, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

89. 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 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.

90. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en el 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

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

92. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico del ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las omisiones señaladas 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.

93. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y con la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las 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 a los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

iv. Medidas de no repetición

94. Las medidas de no repetición consisten en implementar las acciones que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas; de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

95. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del ISSSTE implementen en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos mismo que será impartido de manera virtual o presencial a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico del área de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, en el caso de que se encuentren en activo laboralmente; que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del expediente clínico; la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de las Crisis Hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención, la Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, GPC-IMSS-335-19, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, GPC- IMSS-718-18, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, IMSS-243-09 y la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base, IMSS-411-10, cuyo propósito es impulsar la integración y evaluación del expediente clínico como documento básico para la asistencia, docencia e investigación en todos los establecimientos del sector salud, con

base en la NOM-Del expediente clínico; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

96. Una vez aceptada la presente Recomendación, con el objeto de prevenir hechos como los expuestos en el presente pronunciamiento, en el plazo de dos meses se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del área de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en el caso de que se encuentren en activo laboralmente; que contenga los siguientes aspectos: 1) las medidas pertinentes de atención, prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes, con la finalidad de obtener un diagnóstico certero, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y 2) el apercibimiento del deber de someterse, cuando así proceda, al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para la integración del expediente clínico y la adecuada atención médica, con la finalidad de garantizar que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales correspondientes, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento, incluido el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

97. Esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición, previamente descritas, constituyen una oportunidad para las autoridades, en su respectivo ámbito de competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y 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.

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

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore con el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V; así como de QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación que ese Instituto realice, acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, de manera específica, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica y fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2 que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de

dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Personal del ISSSTE, deberá colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico del ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las omisiones señaladas 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; hecho lo anterior se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Se imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos, mismo que será impartido de manera virtual o presencial a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico del área de Urgencias, de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, en caso de que se encuentren en activo laboralmente; que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de las Crisis Hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención, la Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, GPC-IMSS-335-19, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, GPC- IMSS-718-18, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, IMSS-243-09 y la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base, IMSS-411-10; de igual forma,

respecto al Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), cuyo propósito es impulsar la integración y evaluación del expediente clínico como documento básico para la asistencia, docencia e investigación en todos los establecimientos del sector salud, con base en la NOM-Del expediente clínico; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del área de Urgencias de la Clínica del ISSSTE en Chilpancingo, de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en el caso de que se encuentren en activo laboralmente; que contenga los siguientes aspectos: 1) las medidas pertinentes de atención, prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de obtener un diagnóstico certero, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y 2) el apercebimiento del deber de someterse, cuando así proceda, al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional; así como para la integración del expediente clínico y la adecuada atención médica, con la finalidad de garantizar que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales correspondientes; hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, incluido el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

99. 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, 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.

100. 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.

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

102. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades, 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 de los Derechos Humanos; ante lo cual, este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH