

RECOMENDACIÓN NO. 25/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI1, VI2, VI3, VI4 Y VI5, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, 28 de febrero de 2025

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

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 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, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2023/14794/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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas, son los siguientes:

Denominación	Claves
Persona Víctima	V
Persona Quejosa Víctima	QVI1
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Médico Residente	PMR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social en La Paz, Baja California	HGZMF-1
Hospital de Especialidades (Unidad Médica de Alta Especialidad) del Centro Médico Nacional Del Noreste, en Ciudad Obregón, Sonora, del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HE-UMAE
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitilaria	NOM-034-SSA3-2013
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 11 de septiembre de 2023, este Organismo Nacional recibió la queja presentada por QVI1, en la que manifestó que V se encontraba en estado grave en el área de Terapia Intensiva del HGZMF-1. Debido a su condición, requería ser trasladado al HE-UMAE para la realización de un cateterismo y/o la colocación de un marcapasos. No

obstante, a pesar de haber sufrido varios infartos, su traslado aún no se había concretado.

6. En la misma fecha, una Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional se comunicó con QVI1, quien ratificó los hechos de su queja. Asimismo, realizó gestiones con el personal de la Coordinación de Atención y Orientación del IMSS para atender la inconformidad planteada. En respuesta, dicha Coordinación informó que, el 12 de ese mes y año, V había sido trasladado en ambulancia aérea al HE-UMAE, donde posteriormente falleció.

7. El 26 del mismo mes y año, un Visitador Adjunto se comunicó con QVI1, quien confirmó el fallecimiento de V. Asimismo, señaló que el protocolo de traslado no había sido el adecuado y consideró que hubo negligencia médica por parte del personal que atendió a V en el HGZMF-1 y en el HE-UMAE.

8. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, QVI1 y VI2, VI3, VI4 y VI5 se inició el expediente **CNDH/1/2023/14794/Q** y, se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el HGZMF-1 y HE-UMAE cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Queja presentada por QV ante este Organismo Nacional el 11 de septiembre de 2023, en la que expresó su inconformidad con la falta de traslado de V al HE-UMAE para la práctica de un cateterismo.

10. Acta circunstanciada del 11 de septiembre de 2023, mediante la cual se hizo constar la llamada telefónica que un Visitador Adjunto de este Organismo Nacional realizó a QVI1 en la que ratificó los hechos de su queja.

11. Correo electrónico de 13 de septiembre de 2023 a través del cual la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS informó a este Organismo Nacional el fallecimiento de V el HE-UMAE.

12. Correo electrónico de 6 de noviembre de 2023, a través del cual personal del IMSS envió a esta Comisión Nacional copia de los expedientes clínicos de V, integrados en el HGZMF-1 y HE-UMAE, de los que se destacan los siguientes documentos:

12.1. Nota médica de 31 de mayo de 2023 a las 10:04 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Coloproctología del HGZMF-1.

12.2. Nota médica de 14 de junio de 2023, a las 09:31 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZMF-1.

12.3. Nota médica de 20 de julio de 2023 a las 10:15 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGZMF-1.

12.4. Nota médica de 11 de agosto de 2023 a las 10:28 horas, elaborada por personal médico adscrito al área de TRIAGE del servicio de Urgencias del HGZMF-1.

12.5. Nota médica inicial de Urgencias de 11 de agosto de 2023 a las 10:45 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZMF-1.

12.6. Nota de evolución de Urgencias a las 16:30 horas, de 11 de agosto de 2023, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZMF-1.

12.7. Reporte de Registro electrocardiográfico Holter, con fecha de inicio el 11 de agosto de 2023 a las 07:57 PM, conclusión del registro 12 de agosto de 2023.

12.8. Reporte de ecocardiograma transtorácico, a las 18:37 horas, del 15 de agosto de 2023, elaborado por AR4 adscrito al servicio de Cardiología.

12.9. Solicitud de cateterismo cardíaco de 16 de agosto de 2023, suscrita por AR4, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZMF-1.

12.10. Nota médica de 26 de agosto de 2023, a las 13:44 horas, suscrita por personal médico del servicio de Cardiología.

12.11. Nota médica de 31 de agosto de 2023, a las 00:14 horas, suscrita por personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos.

12.12. Nota médica de 31 de agosto de 2023, a las 20:23 horas, suscrita por personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos.

12.13. Nota médica de evolución de 2 de septiembre de 2023, a las 20:34 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Cuidados Intensivos.

12.14. Nota de Medicina Interna de 5 de septiembre de 2023 a las 15:26 horas, suscrita por AR1.

12.15. Nota de Medicina Interna de 7 de septiembre de 2023 a las 15:16 horas, suscrita por AR1.

12.16. Nota de Medicina Interna de 8 de septiembre de 2023 a las 15:00 horas, suscrita por AR2.

12.17. Nota de Medicina Interna de 9 de septiembre de 2023 a las 17:46 horas, suscrita por AR3.

12.18. Nota de Medicina Interna de 10 de septiembre de 2023 a las 20:33 horas, suscrita por AR3.

12.19. Nota de evolución de 11 de septiembre de 2023 a las 14:12 horas, suscrita por AR2.

12.20. Nota de evolución de 11 de septiembre de 2023 a las 15:49 horas, suscrita por AR4.

12.21. Nota de evolución de 12 de septiembre de 2023 a las 13:02 horas, suscrita por AR2.

12.22. Nota de egreso de 12 de septiembre de 2023 a las 14:33 horas, suscrita por AR2.

13. Acta circunstanciada de 30 de enero de 2024 a las 16:40 horas, en la que se hizo constar la llamada realizada por una persona Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional y QVI1, en la que se le indicó que el expediente se enviaría a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para la realización del Dictamen Médico Institucional relacionado con la atención médica que se le proporcionó a V.

14. Dictamen Médico Institucional de 12 de junio de 2024, en el que personal de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico concluyó que existieron elementos de mala práctica en la atención médica otorgada a V en el HGZMF-1, además de observarse omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.

15. Acta circunstanciada de 25 de noviembre de 2024 de las 19:20 horas, en la que se hizo constar la llamada realizada por una persona Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional, en la que QVI1 manifestó que él y VI2 estuvieron brindándole acompañamiento a V en todo lo relativo a su estado de salud.

16. Acta circunstanciada de 27 de febrero de 2025, en la que se hizo constar comunicación telefónica con QVI1 en la que proporcionó información de VI2, VI3, VI4 y VI5.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Esta Comisión Nacional no cuenta con información respecto al inicio de queja presentada en el OIC-IMSS o la interposición de alguna inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por los hechos motivo de la presente Recomendación.

III.1 CONVENIO DE COLABORACIÓN QUE CELEBRARON LA CNDH Y LA CONAMED

18. Se estima necesario señalar que la CNDH es una Institución que por su naturaleza y fundamento jurídico conoce de prácticas médicas que podrían vulnerar el derecho a la salud y la CONAMED contribuye a tutelar a la protección de la salud, resolviendo los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica¹ y la ética en la relación médico-paciente, por lo cual se consideró necesaria la colaboración entre éstas Comisiones Nacionales.

19. Siendo un imperativo constitucional dotar de eficacia al derecho a la protección de la salud, en términos de los dispuesto por el artículo 51 Bis 3, de la Ley General de Salud, que prevé que las quejas que las personas usuarias presentes por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva ya sea por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de

¹ El conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un paciente.

competencia, por lo que se hizo necesaria la colaboración entre dichas Comisiones Nacionales.

20. Por lo anterior, el 21 de marzo de 2024, la CNDH y la CONAMED suscribieron un Convenio de Colaboración con el objeto de establecer las bases y lineamientos a efecto de unificar criterios tendientes a brindar una mejor atención a la ciudadanía, en los casos en que se presenten quejas relativas a la atención médica y en las que se presuman la existencia de violaciones a los derechos humanos, conjuntamente con posibles irregularidades por negligencia o impericia médica; en el cual se estableció en su Cláusula Cuarta los siguiente:

“CUARTA. EMISIÓN DE DICTÁMENES MÉDICOS INSTITUCIONALES.

En el caso de que la CNDH estime necesario contar con un dictamen médico institucional para conocer la existencia o no de mala práctica durante la prestación de los servicios médicos y una posible violación de derechos humanos, previa autorización de la persona usuaria podrá solicitar el mismo a la CONAMED por escrito.

Para tales efectos, deberá adjuntar las documentales y requisitos señalados por la CONAMED para que proceda a su emisión dentro de un periodo de noventa días hábiles.”

21. Se considera necesario mencionar lo anterior, toda vez que la determinación adoptada en el presente asunto se apoyó en lo resuelto en el Dictamen Médico Institucional 73/2024 de 12 de junio de 2024, emitido por la Delegada Institucional de la CONAMED.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2023/14794/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con base en un enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes 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 y al trato digno de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, atribuibles al personal médico del HGZMF-1, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. 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 nivel,² reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección³.

² 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.

³ 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,

24. La constitución de la OMS⁴ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud pública cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

24.1. Disponibilidad: establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

24.2. Accesibilidad: garantizar que la atención médica y medicamentos que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

24.3. Aceptabilidad: lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

24.4. Calidad: que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

⁴ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

25. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito al HGZMF-1 en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32⁵ y 33, fracción II⁶, de la LGS, omitieron la adecuada atención médica que V requería, lo cual vulneró sus derechos humanos a la protección de la salud y al trato digno, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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

26. El presente caso motivo de estudio es el de V, persona con antecedente de diabetes mellitus tipo 2⁷, de 5 años de diagnóstico, en tratamiento con dapaglifozina/metformina, el cual fue intervenido de fístula⁸ anal compleja en dos

⁵ 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.

⁶ Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

⁷ La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa (o azúcar en sangre) en la sangre, lo que con el tiempo provoca graves daños en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes de tipo 2, que suele darse en adultos y que se produce cuando el organismo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina

⁸ La fístula es un trayecto que conecta la piel perineal con el canal anal. Los pacientes con absceso anorrectal presentan en el 30% a 70% una fístula concomitante y de los que no la tienen, un tercio serán diagnosticados con fístula en los meses o años siguientes después del drenaje. La fístula anorrectal se clasifica en términos de su relación con los músculos del esfínter anal. En general, las fístulas interesfintéricas y transesfintéricas son más frecuentes que las supraesfintéricas y las extraesfintéricas y los tipos submucosos. Las fístulas anales también pueden clasificarse como simples y complejas. Las fístulas anales complejas incluyen a las fístulas transesfintéricas que involucran más del 30% del esfínter externo, las supraesfintéricas, extraesfintéricas o fístulas en herradura, también las fístulas asociadas con enfermedad inflamatoria intestinal, radiación,

ocasiones en el medio privado (fistulectomía y marsupialización⁹), asimismo, el 19 de julio de 2023 ingresó a quirófano para exploración anal bajo anestesia por recidiva¹⁰ de la fístula, donde se encontró fístula transesfintérica alta, por lo que se colocó setón¹¹ y posteriormente obtuvo su egreso hospitalario el 20 de julio de 2023.

❖ Atención médica brindada a V en el HGZMF-1

27. Las evidencias previamente señaladas permiten observar que el 31 de mayo de 2023, V fue enviado por el servicio de Cirugía General del HGZMF-1 a la consulta externa del servicio de Coloproctología de ese mismo nosocomio, donde al interrogatorio directo practicado por personal médico refirió que desde el 13 de julio de 2021 presentó absceso perianal¹² manejado con drenaje y antibióticoterapia; sin embargo, posteriormente padeció recidiva de fístula anal, y en noviembre de 2022 se le realizó una cirugía para el tratamiento de dicho padecimiento, por lo que ante la presencia de secreción macropurulenta acudió nuevamente para su atención.

28. Con motivo de esa valoración médica y una vez recabados los antecedentes de índole familiar de V, así como los patológicos y no patológicos, el personal médico le practicó una exploración física donde lo observó consciente, orientado, cardiaco rítmico, sin soplos, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial,

cáncer, incontinencia fecal preexistente o diarrea crónica. Las fístulas simples son las que no cumplen los requisitos de las complejas.

⁹ Técnica quirúrgica por la que se convierte un quiste, un absceso o un tumor inextirpable en una bolsa, practicando una abertura que permite su drenaje.

¹⁰ La recidiva, en el ámbito médico, es el término utilizado para referirse al retorno de una enfermedad después de un periodo de mejora aparente o remisión completa.

¹¹ Consiste en pasar una especie de liga de plástico a través del trayecto de la fístula, desde el orificio externo hasta el interno y después sacarlo a través del ano; los dos extremos del setón son amarrados entre sí. De esta manera, el setón queda abrazando el músculo esfínter anal.

¹² El absceso perianal es cuando se produce una obstrucción de las glándulas y se infectan, acumulando pus en ellas

ni profunda, sin datos de irritación peritoneal, asimismo a la exploración proctológica se advirtió anodermo¹³ con presencia de herida posterolateral derecha a 3 cm del margen anal, abierta, con salida de material serohemático, al tacto rectal se palpó depresión posterior, esfínter hipotónico al reposo y a la contracción con presencia de sangrado al guante explorador con adecuado descenso del puborrectal, con diagnóstico de recidiva de fístula anal, por lo cual se le prescribió valoración preoperatoria y tratamiento quirúrgico.

29. A ese respecto, conforme al contenido del Dictamen Médico Institucional elaborado por personal de la CONAMED, se advirtió que el personal médico adscrito al servicio de Cirugía General correctamente solicitó la valoración preoperatoria de conformidad con la Guía de Práctica Clínica para la Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto que establece que *"los pacientes potencialmente quirúrgicos y con patología agregada, al igual que los pacientes asintomáticos a partir de los 40 años, deberán ser evaluados por el servicio de Medicina Interna para establecer un riesgo quirúrgico integral"*.

30. El 14 de junio de 2023, V fue derivado del servicio de Proctología al servicio de Medicina Interna para valoración preoperatoria, quien contó con diagnóstico de fístula anal, así como con diversos antecedentes y factores de riesgo, además de los propios del tipo de una intervención quirúrgico-anestésica entre ellos de manera preponderante su padecimiento de diabetes mellitus; se le practicaron laboratoriales y un electrocardiograma el 06/06/2023, del cual no obra el registro en el expediente, de igual forma se obtuvieron los siguientes datos: frecuencia ventricular media 63, sin datos de isquemia, lesión o necrosis, Rx de tórax normal y riesgo Goldman 1/IV, ASA

¹³ Entre el borde anal y el margen anal, se encuentra el anodermo, que es la piel propia del ano, y es la porción hiperpigmentada (de mayor color) que vemos en el ano.

(clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología) por Anestesiología y tromboembólico bajo.

31. La Opinión de la CONAMED se indicó que, el personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna que realizó a V la valoración preoperatoria, identificó como factor de riesgo la existencia de diabetes mellitus, padecimiento crónico degenerativo asociado a complicaciones macro y microvasculares con afección multiorgánica (corazón y riñones), así como retardo en la cicatrización de heridas e infecciones de sitio quirúrgico, y puntualizó que esa enfermedad constituía un factor de riesgo importante para la infección del sitio quirúrgico, sin perjuicio de la implementación, en su caso, de una vía de atención dirigida al control de la glucosa durante la realización de una cirugía.

32. Asimismo, en dicha Opinión se destacó que el daño cardiovascular se manifiesta como enfermedad coronaria, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía diabética o neuropatía autónoma cardíaca, entidades de gran morbilidad y mortalidad que pueden coexistir en el mismo paciente. Aunado a ello, se advirtió la realización de estudios de laboratorio, electrocardiograma y radiografía de tórax, todos reportados en parámetros normales, sin que dicho personal médico advirtiera algún dato de isquemia, lesión o necrosis, ni alteraciones del ritmo cardíaco, destacándose que hasta ese momento V no había manifestado antecedente de síncope¹⁴ o alguna alteración cardiovascular que obligara a profundizar su estudio perioperatorio.

¹⁴ El síncope se define como una pérdida transitoria del conocimiento (PTC) debida a hipoperfusión cerebral y caracterizada por un inicio rápido, una duración corta y una recuperación espontánea completa; sin embargo, el síncope comparte muchas características clínicas con otros trastornos, por lo que con frecuencia está presente en numerosos diagnósticos diferenciales

33. De acuerdo con el análisis realizado en el mismo documento de la CONAMED, se observó que, con motivo de la valoración realizada a V, se recurrió a la clasificación de Goldman¹⁵, instrumento con el cual se estadificó el riesgo cardíaco, por lo que el puntaje correspondiente a V fue de 0 y por consiguiente la asignación de grado I de Goldman, aunado a ello, el personal médico emitió diversas recomendaciones para el control de la diabetes mellitus.

34. El 19 de julio de 2023, con base en el diagnóstico preoperatorio de fístula anal compleja que tenía V, se practicó una cirugía en el servicio de Coloproctología consistente en exploración bajo anestesia, observándole como hallazgo fístula transesfintérica alta¹⁶, por lo que se procedió a la colocación de setón¹⁷ de drenaje con doble hilo elástico. De acuerdo con el Dictamen Médico Institucional de la CONAMED, la atención médica y quirúrgica otorgada a V por los servicios de Coloproctología y Medicina Interna e incluso el procedimiento anestésico para la realización de la operación, se ajustó a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

35. El 11 de agosto de 2023, V acudió a consulta de seguimiento postquirúrgico al HGZMF-1, ocasión en la que presentó un síncope, razón por la cual fue trasladado al área de Triage¹⁸, donde se evidenció la presencia de bradicardia¹⁹ y se determinó una

15 La Clasificación de Goldman es un instrumento clínico utilizado para determinar el riesgo cardíaco en procedimientos quirúrgicos, el cual toma en cuenta nueve factores de riesgo independientes, los cuales son evaluados en una escala de puntuación, esta puntuación clasifica el riesgo en cuatro clases (I,II,III, IV) siendo el mayor riesgo la clase IV.

16 Se ha definido como un trayecto fistuloso que pasa a través del tercio superior o medio del esfínter anal externo o del canal anal medio

17 Un setón es un trozo de hilo quirúrgico que se deja en la fístula durante varias semanas para mantenerla abierta. Esto permite drenar la materia y la ayuda a sanar, evitando la necesidad de cortar los músculos del esfínter.

18 Sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, tiene como objetivo priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad.

19 La bradicardia es la frecuencia cardíaca baja.

clasificación de prioridad de atención amarilla; a ese respecto, conforme a la nota inicial de Urgencias de las 10:45 horas de esa fecha, se reportó a V con un episodio previo de dolor torácico con intensidad de 3/10 en la escala visual análoga del dolor, sin otros datos clínicos acompañantes, con un electrocardiograma basal (el cual no obra en el expediente clínico) con bloqueo auriculo ventricular de segundo grado Mobitz II²⁰.

36. Asimismo, por el antecedente de dolor torácico referido se sospechó de la posibilidad de presencia de un evento isquémico cardíaco, el cual es una de las causas comunes de afectación del sistema eléctrico del corazón, por lo que personal médico adscrito al servicio de Urgencias que atendió a V, indicó que se complementara su estudio con la realización de diversos laboratoriales, además de ordenar su ingreso al área de observación; actuación que conforme a lo determinado por la CONAMED fue correcta.

37. En esa misma fecha personal médico del turno vespertino del servicio de Urgencias valoró a V e identificó la persistencia de bradicardia, asimismo, descartó la presencia de alteraciones electrolíticas como causa de su estado clínico; por otra parte, observó la creatinquinasa²¹ y su fracción miocárdica en parámetros normales, sin alteraciones sugestivas de infarto de miocardio, el electrocardiograma de control sin datos de isquemia o necrosis, pero con bloqueo auriculo ventricular completo, y en ese sentido ponderó la necesidad de colocarle un marcapasos, así como de que fuera valorado por

²⁰ El bloqueo auriculo ventricular es un trastorno en el que los impulsos auriculares son conducidos con retraso o no son conducidos en absoluto a los ventrículos en un momento en que la vía de conducción AV no está en un periodo refractario fisiológico. Aplicando criterios electrocardiográficos, el bloqueo AV se clasifica tradicionalmente como bloqueo AV de primero, segundo o tercer grado (completo). El bloqueo AV de segundo grado tipo II se define por la aparición de una sola onda P no conducida asociada a intervalos PR constantes antes y después de un solo impulso bloqueado.

²¹ La creatina quinasa MB (CK-MB) es una enzima que se encuentra principalmente en el músculo cardíaco. Su análisis proporciona información muy importante sobre la salud del corazón y puede ayudar a diagnosticar afecciones como infarto de miocardio.

el servicio de Cardiología e ingresado a la sala de Choque, ya que ante los hallazgos electrocardiográficos era previsible la progresión a muerte súbita cardíaca.

38. Con relación a lo anterior, en el Dictamen Médico Institucional de la CONAMED se precisó que si bien los datos electrocardiográficos y de laboratorio no permitieron identificar el origen del bloqueo aurículo-ventricular, se inició tratamiento farmacológico antiisquémico a base de doble ingrediente plaquetario y heparina de bajo peso molecular, así como control de glucemia, asimismo, se indicó continuar el manejo de herida quirúrgica mediante antibiótico y aseo con irrigación de cloruro de sodio, por lo cual la atención proporcionada a V en el servicio de Urgencias se apegó a los principios científicos y éticos de la práctica médica.

39. Posteriormente ese mismo día, V ingresó al servicio de Cardiología, y ante los cambios registrados en el patrón del bloqueo aurículo ventricular, se inició monitoreo Holter de 24 horas²², el cual reveló ese trastorno de primer grado de alto riesgo²³, así como un bloqueo completo de la rama izquierda del Haz de His²⁴, ambos presentes en forma intermitente, datos electrocardiográficos que fueron corroborados en el estudio enviado para su análisis.

40. En ese sentido, de acuerdo al análisis realizado en el referido Dictamen Médico, si bien un bloqueo de la rama Izquierda el Haz de His nuevo o presumiblemente nuevo junto con síntomas isquémicos se ha considerado tradicionalmente un equivalente

²² El holter, también denominado monitorización electrocardiográfica ambulatoria, consiste en el registro continuo del electrocardiograma a lo largo de un período prolongado de tiempo, habitualmente 24 ó 48 horas.

²³ El bloqueo AV de primer grado se define como una prolongación anormal de intervalo PR ($>0,2$ s).

²⁴ Conjunto de fibras que penetran en el ventrículo y que tras un corto trayecto, se dividen en dos ramas principales: izquierda y derecha, se distribuyen por la superficie interna de las cámaras ventriculares correspondientes para transmitir el estímulo de forma simultánea a ambos ventrículos.

electrocardiográfico de infarto agudo de miocardio, debe ser llevado a reperusión²⁵ emergente; por lo que conforme a las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2017 se sugiere el uso conjunto de los criterios de Sgarbossa²⁶ para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en estas personas pacientes.

41. Con relación a ello, en el caso de V, se advirtió que el bloqueo de la rama izquierda del Haz de His no era continuo, y tampoco se cumplían los criterios de Sgarbossa, aunado a ello en los registros del Holter enviado para su análisis, no se observó trazo alguno en los segmentos sin bloqueos, lo cual era indicativo de infarto agudo de miocardio, por lo que no existió evidencia de que V hubiera cursado con esta patología; sin embargo, sí había datos sugestivos aunque no concluyentes de isquemia miocárdica, lo que ameritó un estudio complementario para identificar el origen de las alteraciones en el sistema de conducción eléctrica del corazón, razón por la cual se complementó su abordaje diagnóstico con ecocardiograma transtorácico, mismo que mostró hallazgos consistentes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo moderada, es decir una insuficiencia cardíaca subclínica y por la hipocinesia (disminución del movimiento) difusa de probable origen isquémico (cardiopatía isquémica).

42. El 16 de agosto de 2023, ante la existencia de una probable enfermedad vascular coronaria (isquemia cardíaca) y el riesgo de muerte súbita cardíaca (bloqueo aurículo-ventricular completo), se solicitó al HE-UMAE la realización de un cateterismo cardíaco para V, solicitud que de acuerdo al citado Dictamen Médico Institucional fue realizada oportunamente, y en el cual se señaló que ante el diagnóstico de absceso anal que

²⁵ De manera general, es la restauración del suministro sanguíneo al tejido cardíaco que está isquémico como consecuencia de una disminución en el suministro normal de sangre.

²⁶ Criterios de Sgarbossa, herramienta útil para ayuda al diagnóstico de infarto agudo al miocardio en presencia de bloqueo de rama izquierda.

presentó V en ese momento, el riesgo de complicaciones y muerte durante el procedimiento era elevado, por lo que debía ser evaluado cuidadosamente el riesgo-beneficio del cateterismo diagnóstico y eventualmente terapéutico, y en ese sentido la recomendación hecha en su momento por el personal médico para realizar un angioTAC era aceptable para confirmar o descartar el origen isquémico de la bradiarritmia antes de un procedimiento invasivo; sin embargo, se informó que no se contaba con ese estudio en el HGZMF1.

43. Asimismo, en el Dictamen Médico Institucional de CONAMED se indicó que conforme a la literatura médica, previo a la realización de un cateterismo, es recomendable identificar y tratar todas las infecciones remotas al sitio quirúrgico así como posponer ese estudio hasta la resolución de la infección, de igual forma refiere que entre los factores de riesgo predisponentes con la mayor incidencia de arritmias ventriculares letales durante el cateterismo cardíaco de urgencia se encuentran los procesos infecciosos y el choque séptico, por lo cual, el riesgo de muerte era elevado con o sin la realización del cateterismo, situación que le fue informada a V y VI2.

44. El 26 de agosto de 2023, el personal médico adscrito al servicio de Cardiología, reportó a V con los diagnósticos ya establecidos de cardiopatía isquémica crónica, bloqueo aurículo ventricular completa intermitente, bloqueo completo de rama izquierda intermitente, diabetes mellitus 2 y absceso anal, el cual manifestó que se encontraba en buen estado general. Al respecto se le explicó a V y a VI2 el riesgo inminente de muerte súbita que existía y por ello la necesidad de colocarle un marcapasos temporal; sin embargo, no aceptaron la implementación de ese procedimiento, con lo cual asumieron el riesgo que cuatro días después se actualizó cuando se presentó una

parada cardiorrespiratoria; situación que conforme al dictamen de la CONAMED no es posible atribuirle a una mala práctica médica.

45. De acuerdo con la nota médica de las 14:34 horas del 2 de septiembre de 2023, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos reportó a V despierto, orientado en las tres esferas, con lenguaje claro y coherente, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, con fuerza muscular conservada en las cuatro extremidades, el cual se mantenía con monitorización continua con trazo de bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His y marcapaso funcional; fistula perianal con salida de material purulento y prescripción de tratamiento antibiótico con Meropenem para desarrollo de E. coli, asimismo, se observó incremento de leucocitos; de igual forma se le encontró a V completamente dependiente de marcapasos transvenoso temporal que requirió de recolocación al inicio de la jornada por presentar bradicardia.

46. El 5 de septiembre de 2023, V fue valorado por AR1 personal médico y PMR persona médica residente adscritos al servicio de Medicina Interna, ocasión en la que se agregó el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica con *Klebsiella pneumoniae*²⁷, a la exploración se le encontró: ojos normorrefléxicos, tegumentos con buena hidratación, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tórax con movimientos simétricos, con presencia de catéter central subclavio del lado izquierdo, a la auscultación murmullo vesicular presente, con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos, sin distrés respiratorio, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades con llenado capilar de 1 segundo, y a nivel anal con fístula con salida de secreción serohemática; sin presentarse cambios al manejo.

²⁷ *Klebsiella pneumoniae* es un tipo de bacteria que puede causar diversas infecciones, principalmente en el ámbito sanitario.

47. Conforme al dictamen médico de la CONAMED, la atención otorgada V por AR1 y PMR fue deficiente, al emitir sin sustento el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica con *Klebsiella pneumoniae*, toda vez que el reporte de aislamiento de esa bacteria (sin señalar el número de unidades formadoras de colonias), no era suficiente para ello en un paciente sin fiebre, sin secreción traqueobronquial purulenta, sin incremento de la frecuencia respiratoria y sin requerimiento de soporte ventilatorio.

48. El 7 de septiembre de 2023 a las 15:16 horas, AR1 realizó una exploración física a V donde lo observó con murmullo vesicular presente, con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, sin agregados, sin distrés respiratorio, abdomen sin datos de irritación peritoneal, a nivel anal con fístula con salida de secreción serohemática; ante el aumento de leucocitos se tomó nuevo cultivo de secreción purulenta y se continuó con curaciones diarias; se solicitó valoración por Urología y se asentó en la nota médica respectiva el alto riesgo de adquirir infecciones nosocomiales; se agregó tratamiento por estreñimiento y se estableció su condición de paciente grave con pronóstico malo para la función y reservado para la vida.

49. Por lo que hace a lo anterior, la CONAMED en su Dictamen Médico Institucional observó que a pesar de la evidencia de falta de respuesta del proceso infeccioso a nivel de fístula anal de V, con la elevación de los leucocitos advertida al cuarto día del inicio de su tratamiento con medicamento Meropenem, AR1 solamente se limitó a solicitar un nuevo cultivo de la secreción purulenta de la fístula y fue omiso en ponderar la presencia de algún otro foco infeccioso así como en realizar cultivos a diferentes niveles (urocultivo, hemocultivos y de secreciones bronquiales, en su caso) además de

que no escaló el tratamiento antimicrobiano, lo cual permitió el avance del proceso infeccioso localizado a sepsis, acciones que agravaban la condición preexistente de V.

50. El 8 de septiembre de 2023 a las 15:00 horas, mediante nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos, AR2 refirió, entre otros diagnósticos, que V presentó: insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo pulmonar en fase de resolución, estado postparada cardíaca de 30 de agosto de 2023, bloqueo de tercer grado-intermitente resuelto con colocación de marcapasos transvenoso temporal, postcolocación (30 agosto de 2023) y recolocación (31 de agosto de 2023), bloqueo de primer grado, bloqueo de rama izquierda, cardiopatía isquémica crónica, fístula anal compleja, neumonía asociada a ventilación mecánica con *Klebsiella pneumoniae* con tratamiento dirigido y diabetes mellitus tipo 2.

51. Se observó que AR2 ajustó manejo para tratar de compensar a V, a quien observó metabólicamente con descontrol glucémico, por lo que agregó insulina basal para ello, asimismo, refirió que contaba con antibiótico dirigido para neumonía por *Klebsiella pneumoniae*; no obstante, precisó que permanecía con leucocitosis, lo que podría haberse ocasionado por la fístula rectal, con pronóstico reservado y altas probabilidades de complicaciones que ponían en peligro la vida de V.

52. El 9 de septiembre de ese 2023, AR3 del servicio de Medicina Interna reportó que V cursaba entre otros con los diagnósticos de choque hipovolémico en resolución secundario a fístula anal compleja, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo pulmonar en fase de resolución, y precisó que contaba con antibiótico dirigido a neumonía asociada a ventilación mecánica manteniéndose con leucocitosis.

53. El 10 de ese mes y año, AR3 valoró a V, e integró los diagnósticos de insuficiencia respiratoria secundaria a EAP (Edema Agudo Pulmonar), choque hipovolémico en resolución secundario a fístula anal compleja, estado postparada cardíaca, bloqueo de tercer grado intermitente resuelto con colocación de marcapasos transvenosotemporal, postcolocación, recolocación, bloqueo de primer grado, bloqueo de rama izquierda, cardiopatía isquémica crónica, neumonía asociada a ventilación mecánica con *Klebsiella pneumoniae* con tratamiento dirigido y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, asimismo, precisó que presentó dolor precordial, sin irradiación con sudoración y sin otros síntomas neurovegetativos, asimismo, persistió leucocitosis con piso febril; por otra parte, indicó que redujo la dosis de norepinefrina como apoyo vasopresor e inició nitroglicerina en infusión por persistencia de síntomas de angina.

54. El 11 de septiembre de ese año, AR2 refirió en su nota de evolución que V presentó insuficiencia cardíaca plaquetaria, con bloqueo AV de tercer grado, dependiente de marcapasos, posiblemente secundario a cardiomiopatía isquémica, encontrándose pendiente de envío a tercer nivel, con tratamiento dirigido a foco infecciosos pulmonar, sin tener respuesta favorable y con leucocitosis, por lo que determinó ajustar tratamiento por neumonía en espera de resultados de hemocultivos; se reportó grave con alta probabilidad de complicaciones que ponían en peligro la vida.

55. Ahora bien, con base en el contenido del dictamen de la CONAMED en su parte conducente, se observó que AR1, AR2 y AR3, los días 7, 8, 9 y 10 de septiembre de 2023 incurrieron en una mala práctica en el manejo del proceso infeccioso, toda vez que persistieron en la aplicación del antibiótico dirigido a la neumonía *Klebsiella pneumoniae*; no obstante, que dicho diagnóstico no estaba justificado y tampoco se

profundizó en su estudio, ni se escaló el tratamiento antimicrobiano, lo anterior posibilitó la progresión de la sepsis a choque séptico.

56. Conforme a dicho dictamen, desde el 10 de septiembre de ese año, V inició con datos clínicos y radiográficos de neumonía nosocomial que de ninguna manera se podían atribuir al agente biológico *Klebsiella pneumoniae*; sin embargo, AR3 no ajustó el manejo antimicrobiano y con ello contribuyó a que persistiera el estado de choque séptico; de igual forma, se resaltó el hecho de que en esa misma fecha, no obstante que V cursó un dolor torácico, el cual se considera un síndrome coronario agudo, el citado personal médico disminuyó la norepinefrina²⁸ y agregó infusión de nitroglicerina, medicamentos con efectos antagónicos cuyo uso no se justificaba.

57. El 11 de septiembre de 2023 a las 15:49 horas V fue valorado por AR4, personal médico del servicio de Cardiología, quien reportó: “paciente muy grave con alto riesgo de manejo de la vía aérea, dependiente de aminas, a 1 ml/hr (0.03 mcg/kg/hr), con apoyo de ventilación no invasiva, en BIPAP, tolerando adecuadamente, se espere retirar el día de mañana, Se nos informa de manera verbal que el paciente fue aceptado para envío a tercer nivel, y se está viendo la búsqueda del vuelo charter, el paciente deberá de viajar en camilla, con médico y oxígeno suplementario. Pronóstico muy malo para la función y la curación, reservado para la vida por la historia natural de la enfermedad. No se hicieron cambios al manejo”.

58. De acuerdo con el citado Dictamen Médico de la CONAMED, el 12 de ese mes y año, las condiciones clínicas de V eran de mayor gravedad únicamente en lo relativo a

²⁸ La norepinefrina es un medicamento que se usa para tratar el choque circulatorio y aumentar la presión arterial baja.

la sepsis, además del alto riesgo de muerte súbita por su cardiopatía de base; sin embargo, se continuó con su traslado en condiciones inapropiadas por parte de AR2.

59. Asimismo, se advirtió que AR4, no obstante haber reportado muy grave a V, fue omiso en ponderar que se encontraba en choque séptico, cursaba síndrome de distrés respiratorio agudo²⁹ y tenía una lesión renal aguda, lo que aunado al riesgo de muerte súbita cardiopatía de base que existía, desaconsejaba su traslado, pero solamente se pronunció en el sentido de que viajaría en camilla, con médico y oxígeno suplementario en un vuelo charter, lo cual evidentemente no podía considerarse una ambulancia aérea o una ambulancia de Cuidados Intensivos, en términos de lo dispuesto en el numeral 4.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, que la define como la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención médica interhospitalaria de pacientes, que por su estado de gravedad requieren atención, mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos.

❖ **Atención médica brindada a V en el HE-UMAE**

60. El 13 de septiembre de 2023, V fue recibido en el servicio de Urgencias del HE-UMAE del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora, con los diagnósticos de choque séptico, cardiopatía isquémica, bloqueo AB completo, neumonía nosocomial asociada a Klebsiella, absceso perianal, ello con el antecedente de estar en protocolo prequirúrgico por absceso perianal, desarrollo de síncope, diagnosticado por consulta externa como bloqueo AV completo, motivo por el cual se le colocó marcapasos temporal pero se complicó con la presencia de parada cardíaca en dos ocasiones, así como neumonía

²⁹ Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre

por Kiebsiella y choque séptico. A la exploración física se le observó inconsciente, intubado, con presencia de marcapasos temporal; por lo que se solicitó valoración por servicio de Cardiología ante inestabilidad hemodinámica.

61. En esa misma fecha V fue recibido por personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos del HE-UMAE en malas condiciones generales, con infusión de norepinefrina y nitroglicerina en forma simultánea, dependiente de estimulación eléctrica y con ventilación mecánica asistida, con altos parámetros de ventilación y saturación al 94%. Al estar realizando la valoración inicial, V desarrolló paro cardíaco presenciado, ante lo cual se iniciaron maniobras de RCP y se brindaron en total 11 ciclos de RCP sin lograr retorno a la circulación espontánea, por lo que se declaró su defunción a las 00:25 horas de ese día.

62. Cabe señalar que en el certificado de defunción del 13 de septiembre de 2023 de las 00:25 horas, se estableció el choque séptico como enfermedad o condición causante directamente del fallecimiento de V, además de la neumonía y el absceso perianal, y la diabetes mellitus como una condición o estado patológico que contribuyó a su defunción.

63. Por lo expuesto en los apartados que anteceden, para este Organismo Nacional quedaron plenamente evidenciadas las omisiones atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los servicios de Medicina Interna, Cuidados Intensivos y cardiología del HGZ-MF 1, las cuales se traducen en una mala práctica médica, al no abordar correctamente el proceso infeccioso de V y no proseguir con un tratamiento antimicrobiano que permitiera evitar el avance de aquel a sepsis, ello sin perjuicio de su posterior fallecimiento por las circunstancias ya mencionadas.

64. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo dispuesto en los artículos 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, en concordancia con los artículos 9 y 48 del Reglamento de la LGS, en los que se establece que la “atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiendo por ésta “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que las personas usuarias tiene derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”, como lo es un diagnóstico integral y el seguimiento de su padecimiento que permita proporcionar un tratamiento oportuno; lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho a la salud de V.

A.2. PERSONAS MÉDICO RESIDENTES

65. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

66. En la Opinión Médica de CONAMED se apreció que el 5 de septiembre de 2023 hubo deficiencias en la atención médica que se le brindó a V, advirtiéndose que PMR valoró y agregó sin sustento el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación

mecánica, no obstante que el reporte de la bacteria *Klebsiella pneumoniae* en un paciente como V no era suficiente para ello con base en las condiciones que presentaba en ese momento; lo anterior adquiere mayor relevancia por el hecho de que PMR estuvo acompañado de AR1 del servicio de Medicina Interna, quien no firmó la nota médica respectiva.

67. Por tanto, deberá deslindarse la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se especifica que el profesorado titular y adjunto deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de las personas médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; y que las personas médicos residentes deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesorado titular, la persona titular de la jefatura de servicio y el personal médico adscrito, en un ambiente de respeto; y contar permanentemente con la asesoría del personal médico adscrito al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

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

68. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectó su derecho a un trato digno, debido a su situación de vulnerabilidad por la enfermedad crónico-degenerativa que padecía, por lo que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del HGZMF-1.

69. El artículo 1o., párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

70. 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”³⁰. 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.

71. 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”³¹.

72. 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

³⁰ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

³¹ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible³².

73. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo, (...)”,³³ coincidiendo la OMS al precisar que son de “(...) larga duración (...)”.³⁴

74. La OMS³⁵ ha establecido que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 02, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina.

75. Partiendo de lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, no

³² Recomendación 260/2022, párrafo 90.

³³ 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.

³⁴ OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.

³⁵ <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

recibió un trato prioritario que contribuyera a la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del HGZMF-1 que derivaron en su fallecimiento.

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

76. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

77. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,³⁶ 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.”³⁷

78. Por su parte, la CrIDH³⁸ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una guía para el tratamiento médico, para conocer el estado de la persona enferma y 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.³⁹

³⁶ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

³⁷ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

³⁸ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

³⁹ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

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

80. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho humano 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.⁴⁰

81. También se ha establecido que el derecho humano 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:

⁴⁰ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

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, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de QV que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGZMF-1.

83. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió en el Dictamen Médico Especializado las siguientes irregularidades:

83.1. Inexistencia de nota médica del servicio de Cirugía General cuya intervención fue solicitada para el manejo del absceso perianal de V.

83.2. Inexistencia de notas médicas del servicio de Cardiología de los días 19, 20, 21, 23, 24, 27, 29 y 30 de agosto de 2023, deficiencias documentales que, si bien no incidieron en la evolución de V, sí denotan una deficiente calidad en la atención que se le otorgó, ya que no se documentó su estado clínico con alto riesgo de complicaciones y muerte.

83.3. En la nota médica del 5 de septiembre de 2023, PMR valoró y agregó sin sustento el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica, se advirtió

⁴¹ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

que PMR estuvo acompañado de AR1 del servicio de Medicina Interna, quien no firmó la nota médica respectiva.

84. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez 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 y la atención que reciben⁴².

85. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persiste 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.

86. Asimismo, 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.

⁴² Como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

V. RESPONSABILIDAD

A. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

87. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal adscrito al HGZMF-1, se originó por la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, omisiones que configuraron la violación a su derecho humano a la protección de la salud como se constató en las consideraciones del Dictamen Médico Institucional elaborado por la CONAMED, con base en lo siguiente:

87.1. AR1 emitió sin sustento el diagnóstico de neumonía asociada a la ventilación mecánica por *Klebsiella pneumoniae*; fue omisa en realizar cultivos a diferentes niveles y tampoco escaló el tratamiento antimicrobiano ante la falta de respuesta del que se aplicó con meropenem para el proceso infeccioso que tenía V; situación que propició la progresión de éste localizado a sepsis, lo que consecuentemente agravó su condición preexistente.

87.2. AR2 y AR3 también omitieron escalar el tratamiento antimicrobiano ante la evidente falta de respuesta al tratamiento proporcionado para el manejo del proceso infeccioso de V, lo cual constituyó una mala práctica en la atención otorgada, lo cual permitió el avance de la sepsis a choque séptico, independientemente del riesgo de muerte relacionada con su cardiopatía de base.

87.3. AR4 y AR2 actuaron de manera irregular y deficiente al tomar la decisión de permitir el traslado de V, quien padecía choque séptico y no estaba en

condiciones idóneas para ello, al no haber una ambulancia aérea con cuidados intensivos, sin que se pueda afirmar que con su traslado de manera óptima al HE-UMAE o su permanencia en el HGZ-MF 1 hubiera salvado su vida.

88. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad por parte del personal médico de los servicios de Medicina Interna, Cardiología, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía General del HGZMF-1, como ya se precisó, infringieron los lineamientos establecidos en las NOM-Del Expediente Clínico.

89. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico, del HGZMF-1, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, así como respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

90. 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 administrativa ante el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica proporcionada de V; por la inobservancia a la NOM “Del Expediente Clínico y el

incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013; 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.

B. Responsabilidad institucional

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

92. La promoción, el respeto, 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.

93. 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.

94. En el presente pronunciamiento y como se desarrolló en el apartado correspondiente, el expediente clínico integrado en el HGZMF-1 no tiene la formalidad necesaria en su integración, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS al no vigilar y supervisar que el personal médico cumpla con el marco normativo para su integración, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

95. 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, 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.

96. Para tal efecto, de conformidad con 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 al derecho humano a la protección de la salud y al trato digno en agravio V, así como al acceso a la información en materia de salud de QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

97. 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.

98. En el Caso Espinoza Gonzáles 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

99. 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:

a) Medidas de rehabilitación

100. 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.

101. Por ello el IMSS, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberán proporcionar en su caso a QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5 atención psicológica y/o

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

tanatológica, que en su caso requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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. 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.

b) Medidas de compensación

102. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consiste 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."⁴⁴

103. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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

⁴⁴ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

de Declaración diseñados 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, VI2, VI3, VI4 y VI5, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

104. 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.

105. 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.

c) Medidas de satisfacción

106. 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.

107. El IMSS deberá colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento y presentación de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

108. Asimismo, de conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General

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

d) Medidas de no repetición

109. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consiste en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su 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.

110. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno, en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, dirigido al personal médico de los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología del HGZMF-1, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, 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 incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

111. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología del HGZMF-1 que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la legislación nacional y en la NOM-Del Expediente Clínico, así como para que en los procesos de traslado de personas usuarias a unidades médicas del mismo Instituto se observe el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, 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.

112. 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.

113. 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. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, a través de la noticia de hechos que ese Instituto 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, VI2, VI3, VI4 y VI5, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, atención psicológica y/o tanatológica que requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible

para QVI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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. 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. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento y presentación de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Se deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno, en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013,

dirigido al personal médico de los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología del HGZMF-1, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, 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 incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias.

QUINTA. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología del HGZMF-1 que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la legislación nacional y en la NOM-Del Expediente Clínico, así como para que en los procesos de traslado de personas usuarias a unidades médicas del mismo Instituto se observe el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, 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.

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.

114. 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.

115. 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.

116. 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.

117. 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