

RECOMENDACIÓN NO. 51/2025

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, PERSONA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV1, QVI2, QIV3 y QVI4, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL “DR. DANIEL GURRÍA URGELL” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN VILLAHERMOSA, TABASCO.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2025

**DR. MARTÍ BATRÉS 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, 6o., fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2023/15926/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Villahermosa, Tabasco.

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; 64 y 115 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 1, 6, 7, 9,10,11 y 12 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, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST	Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST
Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Villahermosa, Tabasco	HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	NOM-De la Regulación de los Servicios de Salud
Dictamen Médico Institucional No. 80/2024 emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el 3 de julio de 2024	Dictamen Institucional

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OICE-ISSSTE
Organización Mundial de Salud	OMS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	RLGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 29 de septiembre de 2023, QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4 presentaron una queja ante esta Comisión Nacional por presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de V. En su queja, señalaron que V fue ingresada al Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” el 28 de septiembre de 2022, tras sufrir un desmayo en su domicilio debido a un padecimiento cardíaco. Sin embargo, consideraron que, desde su ingreso al servicio de Urgencias de dicho nosocomio, no se le brindó una atención adecuada, ya que no se le practicaron los estudios especializados necesarios ni fue valorada oportunamente por un especialista en Cardiología, lo que provocó el agravamiento de su estado de salud y, lamentablemente, su fallecimiento el 1° de octubre de 2022. Por ello, solicitaron que se llevara a cabo la investigación correspondiente.

6. Con el propósito de indagar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2023/15926/Q**, del que se obtuvo por parte del ISSSTE copia del expediente clínico e informes respecto de la atención médica que se le brindó a V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, cuyas constancias médicas son objeto de estudio y valoración lógica-jurídica en el capítulo de Observaciones y Análisis

de Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Queja recibida el 29 de septiembre de 2023, por este Organismo Nacional, suscrita por QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4 a favor de V, con motivo de la atención médica que se le brindó en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”.

8. Oficio número DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/0213-6/24, de 12 de enero de 2024, mediante el cual el ISSSTE, en atención al requerimiento de solicitud de información, remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico con motivo de la atención otorgada a V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, de la que se destaca la documentación siguiente:

8.1. Oficio número DHG/3974/CADH/1262/2023, de 1 de diciembre de 2023, mediante el cual personal directivo del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” remitió un informe relacionado con los hechos materia de la queja.

8.2. Notas del servicio de Urgencias de 28 de septiembre de 2022, de las 10:48 horas; 12:12 horas; y 12:55 horas, elaboradas y suscritas por PSP1 personal médico adscrito a dicho servicio.

8.3. Notas de indicaciones del servicio de Urgencias de 28 de septiembre de 2022, a las 17:00 horas, elaboradas y suscritas por PSP2 personal médico adscrito a dicho servicio.

8.4. Notas de evolución del servicio de Urgencias de 28 de septiembre de 2022, a las 18:23 horas, elaboradas y suscritas por PSP2 adscrito a dicho servicio.

- 8.5.** Registro de estudio electrocardiográfico de 28 de septiembre de 2022, a las 8:30 horas.
- 8.6.** Registros clínicos de Enfermería correspondientes al 28 de septiembre de 2022.
- 8.7.** Nota de ingreso al servicio de Medicina Interna de 29 de septiembre de 2022, suscrito por AR1, personal médico adscrito a dicho servicio.
- 8.8.** Nota de evolución matutina de 29 de septiembre de 2022, suscrita AR2, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.
- 8.9.** Nota de indicaciones de 29 de septiembre de 2022, suscrita por AR2.
- 8.10.** Registros clínicos de Enfermería correspondientes al 29 de septiembre de 2022.
- 8.11.** Nota de Evolución Medicina Interna, del 30 de septiembre del 2022 a las 12:00 horas, suscrita por AR3, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.
- 8.12.** Notas de indicaciones médicas del servicio de Medicina Interna de 30 de septiembre de 2022, a las 13:00 horas, suscrita por personal médico adscrito a dicho servicio.
- 8.13.** Formato de solicitud de servicios de referencia y contrarreferencia para

servicios médicos subrogados de especialización y hospitalización, sin fecha, suscritas por AR4 y personal directivo del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”.

8.14. Nota médica de 1 de octubre de 2022, a las 15:00 horas, suscrita por PMS, personal médico subrogado en la especialidad de Cardiología subrogado por el ISSSTE.

8.15. Registros clínicos de Enfermería correspondiente al 1 de octubre de 2022, suscrita por personal médico adscrito a dicho servicio.

8.16. Nota de defunción de 2 de octubre de 2022, correspondiente a V, suscrito por personal médico del servicio de Medicina Interna.

9. Escrito suscrito por QVI1 recibido en oficialía de partes de esta CNDH el 4 de junio de 2024, por el que exhibió los documentos siguientes:

9.1. Dictamen particular en materia de Cardiología y Medicina, de 12 de marzo de 2024, elaborado y suscrito por un perito particular en ambas materias.

9.2. Copia del oficio número DJ/600/000141/2024, de 8 de enero de 2024, suscrito por la Titular de la Dirección Jurídica del ISSSTE, por el que notifica la suspensión del Procedimiento Administrativo 1.

10. Dictamen Médico Institucional No. 80/2024 de 3 de julio de 2024, elaborado por personal de la CONAMED en la cual se determinó la existencia de deficiencias y mala práctica en la atención médica brindada a V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, del 28

de septiembre al 2 de octubre de 2022.

11. Correo electrónico de 30 de noviembre de 2024, mediante el cual una persona autorizada por QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4 adjuntó el oficio OICETAB/QDI/002912/DE801, de 22 de octubre de 2024, suscrito por el Titular del OICE-ISSSTE sede Tabasco, por el que informó del inicio del Procedimiento Administrativo 2.

12. Acta circunstanciada de 2 de diciembre de 2024, mediante el cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar la entrevista telefónica practicada con una persona autorizada por las personas quejasas, en la que informó que hasta esa fecha no se había presentado demanda o querrela por los hechos que motivaron la queja ante este Organismo Autónomo.

13. Correo electrónico de 30 de noviembre de 2024 por el que la persona autorizada por QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, remitió las identificaciones de estos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

14. Esta Comisión Nacional contó con información proporcionada por la persona autorizada por QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, quien refirió que por los hechos relacionados a la presente Recomendación, no se presentó denuncia ante la Fiscalía General de la República, asimismo informó del inicio del Expediente Administrativo 1 por responsabilidad patrimonial del Estado, ante la Subdirección de lo Contencioso del ISSSTE, mismo que se encuentra suspendido hasta en tanto no se emita la resolución correspondiente a la queja presentada ante esta Comisión Nacional.

15. Este Organismo Nacional contó con información de que ante el OICE-ISSSTE se inició el Expediente Administrativo 2 por los hechos relacionados con la queja por la inadecuada atención médica que se le brindó a V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, misma que se encuentra pendiente de determinación.

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

16. 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* médica y la ética en la relación médico-paciente, por lo cual se consideró necesaria la colaboración entre éstas Comisiones Nacionales.

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

18. 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.

19. 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 80/2024 de 3 de julio de 2024, emitido por la Delegada Institucional de la CONAMED.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2023/15926/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de

máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, persona mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV1, QVI2, QIV3 y QVI4, atribuibles a personas servidoras públicas del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” del ISSSTE, en el Estado de Tabasco, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

21. 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,¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección².

22. A nivel internacional, el derecho de protección a la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y

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

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

Deberes del Hombre; párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; así como en la sentencia de la CrIDH del *Caso Vera y otra vs Ecuador*.

23. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, y AR4, en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que requería V para brindarle un diagnóstico de certeza, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno por las siguientes consideraciones:

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

❖ Antecedentes clínicos de V

24. El caso a estudio se trató de V, persona adulta mayor que, al momento de los hechos, contaba con factores de riesgo cardiovascular como la edad, sobrepeso y dislipidemia³ que la hacían proclive a presentar cardiopatía isquémica⁴.

³ Es una enfermedad que se caracteriza por una alteración en los niveles de lípidos (grasas) en la sangre, especialmente de colesterol y triglicéridos. Puede ser causada por un exceso de lípidos (hiperlipidemia) o por un defecto (hipolipidemia).

⁴ Es un padecimiento que se produce cuando las arterias que suministran sangre al corazón se obstruyen, lo que provoca un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno al músculo cardíaco.

❖ **Atención médica brindada a V del 28 de septiembre de 2022**

25. A las 10:48 horas, se documentó en la nota de médica suscrita por personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, que V ingresó de manera súbita por el área de ambulancias con diagnóstico de hipotensión, alteración del despertar, desorientación; refiriendo evolución de pocas horas al encontrarla sus familiares desvanecida en el suelo, sin responder a estímulos verbales o dolorosos, piel fría, no diaforesis (sudoración profusa); a su ingreso se documentó hipotensión arterial⁵ (84/53 mmHg), con tensión arterial media apenas en límites perfusorios⁶ (63 mmHg), con bradicardia⁷ (frecuencia cardiaca de 63 latidos por minuto), saturación de oxígeno al 98% a medio ambiente, alerta y orientada.

26. Se realizó un interrogatorio por PSP1, donde V manifestó iniciar con dolor en epigastrio⁸, opresivo, sin irradiación a miembro torácico, ni descarga adrenérgica, asimismo en la exploración se le encontró con pupilas reactivas ruidos cardiacos rítmicos, sin ingurgitación yugular⁹ con llenado capilar adecuado¹⁰, sin datos de alteración neurológica, ni focalización, trazo electrocardiográfico (electrocardiograma) sin depresión

⁵ La hipotensión arterial, también conocida como presión arterial baja, es una condición en la que la presión arterial es menor a lo normal. Esto impide que los órganos del cuerpo reciban suficiente sangre.

⁶ La presión arterial media (PAM) es la presión promedio que se registra en las arterias durante un ciclo cardíaco. Es un parámetro que indica la perfusión de los órganos y que depende de varios factores. Si la PAM es baja, los órganos no reciben suficiente riego sanguíneo y pueden sufrir isquemia o necrosis. Si la PAM es alta, puede provocar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

⁷ Es una condición en la que el corazón late más lentamente de lo normal, es decir, menos de 60 veces por minuto. Es un tipo de arritmia cardíaca, que puede ser asintomática

⁸ Región anterior del abdomen que se extiende desde la punta del esternón hasta cerca del ombligo.

⁹ La ingurgitación yugular es la hinchazón de las venas yugulares del cuello, que no desaparece al incorporarse. Es un signo de que la presión venosa está aumentada, lo que puede indicar una enfermedad grave.

¹⁰ Es una prueba que mide el tiempo que tarda la sangre en volver a los tejidos después de ser forzada a salir. Se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo y la deshidratación.

o elevación del segmento ST¹¹, por lo que determinó un estado delicado y emitió pronóstico reservado a corto plazo para la función, la vida y el órgano, pero con alto riesgo de complicaciones y secuelas.

27. Ante las manifestaciones clínicas atípicas que se encontraron en V, PSP1 ponderó descartar síndrome isquémico coronario¹², por lo que inició infusión de soluciones parentales, indicó la realización de tele de tórax, así como estudios de laboratorio que incluyeron enzimas cardíacas, entre ellas troponina e inició manejo anti-isquémico¹³ mediante aplicación de fármacos (ácido acetilsalicílico y clopidogrel y atorvastina), quedando en espera de los resultados de los estudios indicados.

28. Con respecto al tratamiento médico otorgado al ingreso de V al servicio de Urgencias, de acuerdo con el Dictamen Institucional, este se consideró adecuado siendo acorde con lo que señala la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST aplicable al caso particular, ante la presencia de inestabilidad hemodinámica (hipotensión, bradicardia), resulta necesaria la aplicación de tratamiento farmacológico urgente, tal y como se le otorgó a V. Sin embargo, ante la mala respuesta al manejo inicial del estado de choque (cargas de soluciones), correctamente se consideró la posibilidad de choque cardiogénico, por lo que se inició manejo vasopresor¹⁴, conforme a las recomendaciones

¹¹ Es una parte del electrocardiograma que muestra la despolarización del miocardio ventricular. Se encuentra entre el final del complejo QRS y el inicio de la onda T.

¹² Es un término que se usa para un grupo de afecciones que repentinamente detienen o reducen de manera considerable el flujo de sangre al músculo cardíaco. Cuando la sangre no puede fluir al músculo cardíaco, el músculo cardíaco puede dañarse. Los ataques al corazón y la angina inestable son síndromes coronarios agudos.

¹³ El manejo anti-isquémico es un conjunto de tratamientos que se aplican para mejorar el flujo sanguíneo en los tejidos y órganos afectados por la isquemia.

¹⁴ El manejo vasopresor es el uso de fármacos vasoactivos para tratar condiciones como el shock séptico, el paro cardíaco, o la anafilaxia aguda. Los vasopresores se administran por vía intravenosa y se deben monitorear cuidadosamente para evitar efectos secundarios

de la citada literatura médica especializada.

29. Asimismo, en el precitado Dictamen Institucional, se señaló que si bien el abordaje inicial fue acorde a las recomendaciones establecidas en la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, no fue posible para el personal médico del servicio de Urgencias que brindó atención a V, corroborar la sospecha diagnóstica, pues si bien en el registro electrocardiográfico de las 09:46 horas se apreciaron indicativos no concluyentes de infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, correctamente se aplicó el manejo anti-isquémico que V ameritaba.

30. De la misma forma, en el referido Dictamen Institucional se consideró correcto el que no se activara el código infarto, pues no había criterios clínicos bioquímicos, ni electrográficos que demostraran infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST que así lo ameritase, dado que la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST señala que en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST la estrategia inicial es aliviar la isquemia, siendo el manejo recomendado el que se otorgó al ingreso de V al servicio de Urgencias (doble esquema antiagregante plaquetario, atorvastatina y manejo del estado de choque).

31. A las 12:12 horas, se documentó por parte de PSP2 que V continuaba con hipotensión (86/44 mmHg), pese al tratamiento otorgado, con tensión arterial media no perfusoria (58 mmHg) y bradicardia (53 latidos por minuto), por lo que se indicó otra carga de solución parental y aplicación de antibiótico (levofloxacino) por examen general de orina con nitritos, leucocitos y bacterias, ponderando una posible infección del tracto urinario y choque séptico de partida urinaria.

32. A las 12:55 horas, ante la persistencia de la hipotensión (84/52 mmHg) y tensión arterial media en límites perfusorios (63mmHg) se suministró tratamiento farmacológico a base norepinefrina¹⁵. A las 17:00 horas, PSP2 documentó que hasta ese momento no se contaba con el resultado de troponinas¹⁶ (estudio subrogado), por lo que se indicó valoración por el servicio de Cardiología e ingreso al servicio de Medicina Interna. Sobre este aspecto, en el Dictamen Institucional se estableció que la dilación en la obtención del referido estudio laboratorial no incidió en la evolución clínica de V dado que, desde su ingreso recibió adecuadamente tratamiento anti-isquémico.

33. A las 18:23 horas, PSP2 valoró el resultado de los estudios practicados a V, descartando síndrome coronario agudo por troponinas normales. Sobre este punto en el Dictamen Institucional se apreciaron deficiencias por parte de PSP2 al descartar síndrome coronario agudo cuando en el reporte de troponinas se encontraba elevada 0.0170 ng/dL (valores de referencia: 0.0-0.0156) meritoria de determinaciones seriadas para descartar las concentraciones pico y estratificar el riesgo de pacientes con infarto de miocardio¹⁷; sin embargo, se consideró que ello no incidió en la evolución clínica de V, toda vez que en el turno nocturno ingresó al servicio de Medicina Interna, donde continuo el abordaje y manejo anti-isquémico.

34. En el Dictamen Institucional se consideró adecuada la actuación de PSP1 y PSP2, dado que la atención que recibió V dentro de las primeras 12 horas en el servicio de Urgencias fue acorde como lo señala el párrafo 5.6 de la NOM-Regulación de los

¹⁵ Medicamento que se usa para tratar el choque circulatorio y aumentar la presión arterial baja.

¹⁶ El estudio de troponinas es un análisis de sangre que mide los niveles de las proteínas troponina T e I en la sangre. Se realiza para detectar lesiones cardíacas, como un infarto agudo de miocardio

¹⁷ Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST.

Servicios de Salud¹⁸. Que establece los criterios de funcionamiento y atención de los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica. Dado que se cumplió con las especificaciones normativas y con el abordaje especializado que V ameritaba.

❖ **Atención médica brindada a V del 29 de septiembre de 2022**

35. En la nota de ingreso al servicio de Medicina Interna suscrita por AR1, médico adscrito a dicho servicio, luego de la valoración efectuada, describió a V como paciente con edad aparente mayor a la cronológica, piel pálida, expresión del rostro dolorosa; neurológicamente con Glasgow 11 puntos¹⁹, pupilas del mismo tamaño, sin ingurgitación yugular; presencia de cateterismo venoso central acceso subclavio derecho; ruidos cardiacos rítmicos, disminuidos de intensidad, con soplo en foco aórtico; genitourinario sin alteraciones, sonda Foley, salida de orina concentrada; pulsos periféricos disminuidos, no edema, llenado capilar 5 segundos.

36. Luego de la valoración física efectuada a V, así como de la observación y análisis de los estudios laboratoriales, AR1 efectuó el diagnóstico correspondiente señalando shock indiferenciado probable cardiogénico (estado D/deterioro) a descartar síndrome coronario agudo; dislipidemia (alteración de los niveles normales de lípidos en la sangre); hipertrigliceridemia (aumento de los niveles séricos de triglicéridos); bacteriuria (presencia de bacterias en la orina) infección del tracto urinario no complicada.

¹⁸ 5.6 Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.

¹⁹ La escala de coma de Glasgow (GCS) es una herramienta que se utiliza para evaluar el nivel de conciencia de un paciente. La puntuación de la GCS va de 3 a 15, siendo 3 la peor y 15 la mejor.

37. En cuanto al tratamiento proporcionado a V, AR1 indicó en su nota médica la realización de abordaje de shock indiferenciado, contando en clínica consistente de shock, por lo que se aseguró la vía área, se colocó un acceso intravenoso seguro y solicitó biomarcadores, administró bolo de solución salina, suspendiendo resucitación agresiva con líquidos ya que se ponderó que la causa del choque era de origen cardiogénico; asimismo, documentó a V sin mejoría en cuanto a presión arterial media, por lo que requirió intervención inmediata al encontrarse con inestabilidad hemodinámica a pesar de tener vasopresor a dosis elevada (0.33 mcg/kg/minuto); se ordenó estudio de electrocardiograma a fin de descartar cardiogénica por antecedente de dolor precordial al inicio del cuadro clínico, sin cambios a nivel electrocardiográfico; indicando que en el momento se contaba con estudio de curva de troponinas, ya que no estaban disponibles para toma de muestras y reproducción en el laboratorio en turno, anotando que era de suma importancia para el abordaje, requiriendo la realización de dicho estudio para contar con el criterio de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

38. En su nota médica AR1 documentó que se indicó manejo con antiagregante plaquetario, heparina, inhibidores de glucoproteína, norepinefrina a dosis respuesta; solicitó estudio de troponinas para definir tratamiento a aplicar, descartando de shock de origen séptico ya que no coincide ni clínica, ni con análisis clínicos para refutar dicho diagnóstico, también descartó origen hemorrágico y anafiláctico y otras causas de choque destacando que su primer diagnóstico a descartar era el cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, además ordenó tratamiento farmacológico.

39. En posterior nota de evolución suscrita por AR2, personal médico adscrito al servicio

de Medicina Interna, luego de la valoración y análisis de los estudios de laboratorio, describió a V como paciente con choque de origen cardiogénico en sus primeras horas de estancia hospitalaria en el servicio de Medicina Interna, durante el turno nocturno con PAM (presión arterial media) con indicadores bajos a pesar de dosis altas de vasopresor a base de norepinefrina (0.45 mcg/kg/minuto); al pase de visita con PAM en promedio de 70 mmHg, por lo que ordenó ajuste de manejo farmacológico e indicó dobutamina a 0.5Hg/kg/minuto , ajustando también manejo con Líquidos dejando solución salina al 0.9% 1,000cc para 8 horas, solicitó la realización temprana de ecocardiograma transtorácico, así como medición de PVC (presión venosa central) para realizar taller de gases, delta CO₂ en 12, sugiriendo la existencia de hipoperfusión y mayor mortalidad, asimismo solicitó troponinas cardiacas para evaluar curva; al interrogatorio a V durante el pase de vista esta señaló que ya llevaba un seguimiento por el servicio de Cardiología desde hace un año por lo que AR2 solicitó estudios previos para valorar mejor el caso y poder normar tratamiento a aplicar; le explicó a familiares que el estado de salud era muy grave y no exenta de complicaciones en las últimas horas.

40. En posterior hoja de indicaciones suscritas por AR2, se indicó ayuno hasta nueva orden; soluciones sin cambios; se agregó al tratamiento farmacológico a base de enoxaparina 40 mg, cada 24 horas y nalbufina 5 mg SC, cada 24 hora sen caso de dolor intenso; se ajustó levofloxacino a 750 mg, cada 24 horas; estudios pendientes: tomografía computada de tórax y cráneo.

❖ **Atención médica brindada a V del 30 de septiembre de 2022**

41. En la nota médica elaborada y suscrita por AR3, personal médico de base del servicio de Medicina Interna, luego de la valoración y análisis de los estudios de laboratorio, describió a V con los siguientes diagnósticos: paciente que ingresó con

diagnóstico de choque cardiogénico, se ha retirado de forma adecuada el soporte aminérgico (vasopresores), actualmente con dosis aproximada de 0.02 mcg/kg/minuto, indicando continuar con la reducción y retiro del mismo, asimismo indicó vigilar datos de hipoperfusión y presión arterial media. Al interrogatorio practicado a V, presentó dolor torácico y síncope, aunado a la exploración física se consideró como primera posibilidad una estenosis aórtica grave sintomática²⁰, por lo que indicó valoración por el especialista en Cardiología, solicitando ecocardiograma transtorácico. No presentó elevación significativa enzimática, sin curva de troponinas.

42. AR3 indicó retiro oxígeno, suspendió quinolona²¹ por no encontrar indicación para uso de antimicrobianos. Estableció plan terapéutico basado en vigilar presión arterial media, continuar con reducción y retiro de norepinefrina, solicitar ecocardiograma, normar manejo de acuerdo con resultados. Por edad posible candidata a cirugía de reemplazo valvular; solicitar estudios de gasometría. Concluyendo que V era una paciente con pronóstico reservado; con riesgo de muerte súbita por su condición en ese momento, lo que se explicó a sus familiares.

❖ **Atención médica brindada a V el 1 de octubre de 2022**

43. En el Dictamen Institucional se advirtió la existencia en el expediente clínico remitido por el ISSSTE del Formato de Servicios de Referencia y Contrarreferencia para Servicios Médicos Subrogados de Especialización y Hospitalización, sin fecha, suscrito por AR4, así como por personal directivo del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, en el que se indicó trasladar a V a una la Unidad Médica Particular, señalando como motivo del envío la

²⁰ La estenosis aórtica grave es una enfermedad que se caracteriza por el estrechamiento de la válvula aórtica, lo que limita la cantidad de sangre que llega al cuerpo.

²¹ Son un grupo de antibióticos sintéticos que se utilizan para tratar infecciones bacterianas.

valoración diagnóstica y terapéutica por shock indiferenciado, probable cardiogénico (estadio D/deterioro) a descartar síndrome coronario agudo, señalando los antecedentes médicos de V, así como resultado de estudios de laboratorio.

44. En la nota médica elaborada y suscrita por personal médico subrogado adscrito a una unidad médica particular, a las 15:00 horas, luego de la valoración correspondiente y análisis de los estudios de gabinete y laboratorio efectuó diagnóstico de síndrome isquémico coronario agudo sin elevación de ST: angina inestable. Consideró a V como candidata a cateterismo cardíaco para observar anatomía coronaria y valorar angioplastia coronaria con stent farmacológico. No encontró arritmia cardíaca ni bloqueos, auriculoventriculares en ningún trazo de los electrocardiogramas y sugirió continuar con manejo anti-isquémico. Además observó que V padecía de soplo cardíaco²² y sugirió descartar estenosis²³ con ecocardiograma transtorácico antes de realizar cateterismo cardíaco.

45. En el registro elaborado por el personal del servicio de Enfermería del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, se señaló que a las 08:00 horas se recibió a V consciente y orientada, con apoyo de oxígeno por cánula nasal en compañía de familiar. A las 15:00 horas V continuaba con apoyo de oxígeno, registrando su traslado a interconsulta al servicio de Cardiología en Unidad Médica Privada, sonda Foley permeable, se realiza aseo gentil. A las 20:00 horas se registró la recepción de V en estado consciente, orientada, con signos vitales monitorizados con monitor cardíaco los cuales se encuentran estables, se ministró tratamiento farmacológico prescrito en horas

²² Un soplo cardíaco es un sonido adicional que se produce cuando la sangre fluye de forma irregular por el corazón. Se escucha como un silbido, chirrido o áspero entre los latidos cardíacos.

²³ Es un estrechamiento de un conducto o orificio. Puede afectar a diferentes partes del cuerpo, como la columna vertebral, el esófago o el corazón

establecidas, se mantiene familiar como acompañante.

❖ **Atención médica brindada a V el 2 de octubre de 2022**

46. A las 06:05 horas, se registró en la hoja elaborada por el personal de Enfermería en turno que V comenzó con dolor precordial, por lo que se avisó al médico de guardia quien ordenó estudio de electrocardiograma. A las 07:13 horas se registró que V cayó en paro cardiorrespiratorio, realizando 8 episodios de RCP y suministro de fármacos indicados con los cuales no se recuperó registrando su deceso a las 07:29 horas.

47. En la nota de defunción de 2 de octubre de 2022, a las 08:00 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en la que registró que ocurrió al encontrarse a cargo de la especialidad de Cardiología dependiente del servicio de Medicina Interna posterior a presentar angina inestable con datos de síndrome coronario agudo con elevación del ST, en estado de choque probablemente cardiogénico con apoyo de aminas vasoactivas (norepinefrina).

48. En la misma nota de defunción se documentó que se había informado por parte de del servicio de Enfermería que V refirió dolor precordial súbito por lo que se valoró estado hemodinámico encontrando insuficiencia respiratoria y presentando paro cardíaco, se comenzó reanimación cardiopulmonar avanzada con ventilación con bolsa de válvula mascarilla y ministración de 3 dosis de 1 miligramo de adrenalina, realizando compresiones torácicas durante 25 minutos sin lograr el retorno a la circulación espontánea, por lo que se registró como hora del fallecimiento a las 07:29 horas, corroborando con trazado isoelectrico mediante monitor cardíaco y electrocardiograma, el cual consideró que fue desencadenado por la patología que condicionó su ingreso, señalando como diagnósticos de defunción: choque cardiogénico, 72 horas; síndrome

coronario agudo sin elevación del ST, 5 días.

49. En el Dictamen Institucional, se estableció que las causas del lamentable deceso de V, desde un contexto médico legal, se encuentra relacionadas con la falta de seguimiento adecuado y oportuno por parte del personal adscrito al servicio de Medicina Interna del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”; primeramente, AR1 luego de la valoración efectuada a V, omitió la práctica del estudio de curva de troponinas²⁴ o, en su defecto la determinación seriada de CKMB²⁵ como lo señala la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, lo que dio como resultado que no se estableciera un diagnóstico certero, haciendo énfasis en señalar que todas la guías nacionales e internacionales recomiendan la obtención de troponinas seriadas con objeto de observar valores que, en un contexto clínico haga sospechar claramente un síndrome coronario agudo o infarto agudo al miocardio.

50. Por otra parte, la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST sugiere realizar ecocardiograma transtorácico a todos las pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, para evaluar la función ventricular izquierda tanto global como segmentaria, así como para confirmar la estenosis aórtica, el grado de lesión valvular y su repercusión en el ventrículo izquierdo, lo cual si bien se identificó, debió ponderarse que V se encontraba hemodinámicamente inestable²⁶, con requerimiento de doble vasopresor (norepinefrina y dobutamina), por lo que no se encontraba en

²⁴ Es un examen que mide los niveles de las proteínas troponina T y troponina I en la sangre. Estas proteínas se secretan cuando el miocardio resulta dañado, como ocurre con un ataque cardíaco. Cuanto más daño se produzca en el corazón, mayor será la cantidad de troponina T e I que habrá en la sangre.

²⁵ El estudio de laboratorio de creatina quinasa MB (CK-MB) mide la cantidad de esta isoenzima en la sangre. Se realiza para detectar daño en el músculo cardíaco, especialmente cuando hay dolor en el pecho o sospecha de infarto de miocardio.

²⁶ La inestabilidad hemodinámica es un estado en el que la presión arterial y la frecuencia cardíaca son inestables, lo que puede provocar un flujo sanguíneo inadecuado a los órganos.

condiciones de trasladarse para efectuar tal estudio, ni para ser valorada por especialista en Cardiología en un nosocomio subrogado.

51. A este respecto, el 30 de septiembre de 2022, ya sin soporte aminérgico, se solicitó la subrogación para valoración por Cardiología en un nosocomio particular, y en esa fecha, dadas las manifestaciones clínicas, también se ponderó estenosis aórtica; sin embargo, no hay evidencia de que se hubiese solicitado la realización de ecocardiograma o el traslado de la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a efecto de otorgar la valoración integral de V.

52. Asimismo, en el referido Dictamen Institucional se señaló que el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” contaba con la facultad institucional de no sólo subrogar el estudio de cuantificación de troponinas, sino la atención integral de V tal y como se establece en el artículo 9²⁷, en relación al 13 y 18 del propio Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE ante una paciente que por su condición de salud ameritaba atención especializada y se carecía de la infraestructura necesaria para ello, una vez lograda la estabilización hemodinámica.

53. Así, el 1 de octubre de 2022, según registro del servicio de Enfermería a las 15:00

²⁷ Artículo 9.- Los Servicios de Atención Médica serán proporcionados en las Unidades Médicas propias y las subrogadas, así como en el domicilio del Paciente, en los términos de este Reglamento y la normatividad aplicable.

Artículo 13.- Cuando a juicio del Médico Tratante la Atención Médica de un Paciente requiera medios especializados y la unidad no cuente con ellos, se procederá a la Referencia del Paciente a una Unidad Médica del siguiente nivel de atención, de conformidad con el esquema de Regionalización y las disposiciones que al efecto emita la Dirección Médica.

Artículo 18.- Corresponde a la Unidad Médica que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y en caso de negativa de atención por saturación o por carecer de la infraestructura necesaria, se podrá subrogar la atención de acuerdo con la normatividad vigente.

horas, V fue trasladada a una UMS en la misma ciudad de Villahermosa, para valoración por Cardiología. Sobre este punto en el Dictamen Institucional se realizaron las siguientes apreciaciones:

- En el expediente enviado a análisis no se acreditó en qué condiciones se efectuó el traslado de V, es decir, el tipo de ambulancia, acompañamiento por personal médico, etc.
- No existe nota de valoración médica institucional correspondiente al 1 de octubre de 2022; sin embargo, acorde al registro del servicio de Enfermería a las 14:00 horas, previo al traslado para valoración cardiológica, V se encontraba hipotensa (70/54 mmHg), hipotérmica (temperatura 35.8°C) con apoyo de oxígeno, es decir, no estaba en condiciones de traslado, lo que puso en riesgo innecesario a V; sin embargo, según el registro del citado servicio de Enfermería, a las 20:00 horas V ya se encontraba de regreso en su unidad, con tensión arterial 127/60 mmHg, frecuencia cardiaca 71 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto y saturación al 95%, es decir, con estabilidad hemodinámica.

54. Por otra parte, en el Dictamen Institucional se consideró también que si bien ya se había efectuado el trámite administrativo para subrogación, era menester que éste se realizará a una unidad médica en el que V fuese valorada de forma integral y se contará con los medios para completar los protocolos diagnóstico-terapéuticos que ameritaba (ecocardiografía y coronariografía diagnóstico-terapéutica), tal y como se especifica en

el artículo 74 del RLGS²⁸ y la normativa institucional ya mencionada; sin embargo, no existe en el expediente clínico evidencia de que los médicos del servicio de Medicina Interna, AR2 y AR3, hubiesen realizado gestión alguna para ello.

55. Asimismo, con la decisión por AR4 (el cual suscribió como médico tratante²⁹ el formato de solicitud de servicios de referencia y contrarreferencia para servicios médicos subrogados de especialización y hospitalización) de enviarla únicamente a valoración clínica por Cardiología, se perdió la oportunidad de efectuar el abordaje, confirmación diagnóstica y manejo oportuno, por lo que en el referido Dictamen Institucional se apreció omisión en la atención requerida por V, que incidió en la persistencia y libre evolución de su patología de base, síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST y probable estenosis aórtica. Enfatizando que la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST describe que el síndrome coronario agudo es una entidad nosológica dinámica, la cual puede evolucionar en cualquier momento de la angina inestable al infarto de miocardio aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad.

56. En la valoración efectuada por el personal médico subrogado, al valorar a V también ponderó síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, diagnóstico ya había sido considerado por el personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HG-“Dr. Daniel Gurría Urgell” y por lo que ya había recibido el manejo farmacológico

²⁸ Artículo 74.- Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

²⁹ La NOM-De la Regulación de los Servicios de Salud en su párrafo 6.2.2 establece que el médico tratante deberá valorar continua y permanentemente a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno o al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente; el responsable del servicio corroborará esta rutina a través de las notas de evolución que deberán integrarse en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo que señalan las disposiciones jurídicas aplicables.

recomendado en la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST desde el ingreso a Urgencias el 28 de septiembre de 2022; sin embargo, era menester completar el protocolo diagnóstico-terapéutico.

57. A este respecto, si bien el personal médico ponderó la realización de cateterismo cardíaco, también especificó en su nota de valoración la necesidad de realizar ecocardiograma transtorácico antes de dicho procedimiento para descartar estenosis aórtica. Reiterándose en el Dictamen Especializado que dicho estudio también fue indicado por los médicos a cargo de V del servicio de Medicina Interna, y si bien dadas las condiciones de inestabilidad, no había sido posible efectuarlo, en el momento en que fue enviada a valoración por Cardiología sí podía haberse realizado, sin embargo, no se hizo, perdiendo así la oportunidad de avanzar en el diagnóstico de certeza.

58. Continuando con sus observaciones, en el Dictamen Institucional se señaló que en la estenosis aórtica se produce de forma progresiva una disminución del área de la válvula aórtica, lo que genera una restricción a la salida del flujo sanguíneo del ventrículo izquierdo hacia la aorta. Los pacientes inicialmente son asintomáticos; sin embargo, durante la evolución presentan angina y síncope, manifestaciones presentadas por V, siendo el ecocardiograma la técnica diagnóstica de elección, para confirmar la estenosis aórtica, el grado de lesión valvular y su repercusión en el ventrículo izquierdo.

59. A las 06:05 horas del 02 de octubre de 2022, V presentó dolor precordial a las 07:13 horas cayó en paro cardiorrespiratorio, otorgándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin lograr el retorno a la circulación espontánea, declarando el fallecimiento a las 07:29 horas, por choque cardiogénico derivado de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

60. Por lo que en el Dictamen Institucional se estableció que el lamentable fallecimiento de V devino de daño miocárdico con evidencia de isquemia miocárdica aguda por elevación de troponinas, con pérdida de oportunidad de abordaje y manejo especializado, que incidió en la persistencia y libre evolución de su patología de base, síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST y probable estenosis aórtica.

61. Así las cosas, a todas luces se advirtió contundentemente que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron conjuntamente en el ejercicio de sus funciones con los artículos 32 de la LGS y 9 del Reglamento de la LGS; que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad y calidez, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero, que a su vez, proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

62. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales,³⁰ por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

³⁰ Artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

63. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida

es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. Debido al carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”;³¹ en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).³²

64. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,³³ señaló que:

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

65. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3 y AR4,

³¹ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

³² SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

³³ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

en el periodo del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2022, contribuyeron a que no se le practicara un abordaje y manejo especializado, lo que incidió en la persistencia y libre evolución de su patología, síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST y probable estenosis aórtica lo que resultó en el deterioro de su estado de salud y posterior defunción.

66. Las omisiones que se atribuyen a AR1, AR2, AR3 y AR4, también son el soporte que permitió acreditar la violación al derecho a la vida de V con base en lo siguiente:

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

67. En el Dictamen Institucional se determinó que AR1, AR2, AR3 y AR4 no llevaron a cabo un seguimiento adecuado y oportuno en el tratamiento de la cardiopatía (síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST y probable estenosis aórtica) que presentó V, lo que influyó en su deceso, ya que, si bien con dicho padecimiento tenía riesgo de mortalidad, la falta de atención oportuna favoreció el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

68. De lo expuesto se concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron en su agravio los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar

la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

B. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO Y A LA ATENCIÓN PRIORITARIA DE V, EN SU SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, COMO PERSONA ADULTA MAYOR

69. Vinculado a la transgresión del derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno y a la atención prioritaria, en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³⁴ y en diversos instrumentos internacionales en la materia,³⁵ esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”.

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 disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”³⁶ 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.

³⁴ El artículo 1, 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”.

³⁵ 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.

³⁶ 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.

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.”³⁷

72. Las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.³⁸

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

74. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México,³⁹ explica con claridad que,

³⁷ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

³⁸ Artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador) y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

³⁹ Publicado el 19 de febrero de 2019, párrafo 418.

respecto a la cobertura de los servicios de salud, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios, problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.

75. De igual forma, se destacó que este derecho de las personas adultas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria⁴⁰.

76. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores,⁴¹ en cuyos artículos 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, se dispone como principio rector la atención preferente para las personas adultas mayores.⁴²

77. Adicionalmente, es menester señalar que, a fin de garantizar una adecuada atención médica a las personas, se debe de considerar uno de los estándares más

⁴⁰ Párrafo 93 de la Recomendación 8/2020

⁴¹ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

⁴² Las instituciones de los tres niveles de gobierno, así como sectores social y privado deben implementar programas acordes a sus diferentes etapas, características y circunstancias; garantizar sus derechos de integridad, dignidad y preferencia, así como a la salud y de acceso a los servicios públicos; propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; además de la obligación que tienen las instituciones públicas del sector salud, de garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

actuales para hacer realidad los derechos humanos en materia de salud, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.⁴³

78. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero de la citada Agenda, consistente en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades (...)”.

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

80. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, debió recibir atención prioritaria, integral e inmediata en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, a fin de que recibiera el tratamiento que ameritaba y evitar así las complicaciones que presentó cuando no le brindaron una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al progresivo deterioro de su estado de salud hasta la pérdida de su vida.

81. Conforme los artículos 9 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Estado deberá asegurar la

⁴³ Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

atención prioritaria de los servicios integrales de salud a la persona adulta mayor, a fin de garantizar la calidad de vida y evitar que la persona viva algún tipo de violencia.

82. Es decir, pese al proceso biológico de envejecimiento y las otras condiciones que acarrea la edad de la persona, las personas adultas mayores son sujetos plenos de derechos, que tendrían que decidir, en lo posible, según los casos, sobre su propia vida y vivir una vejez en dignidad; es por ello, que el Estado Mexicano tiene la obligación de proporcionar la atención médica que este grupo poblacional requiere para prolongar la vida de calidad; y al obstruir el acceso a la atención médica, se vulneró el derecho a la salud con las omisiones administrativas y médicas que se observaron en el presente caso, se generó que la vida de V, de la cual se desconoce de cuánto tiempo más pudo gozar, se acortara y causara un agravio al círculo cercano que la rodeaba.

83. Anteriormente, esta Comisión se pronunció respecto a las violaciones de los derechos humanos de las personas adultas mayores, en las Recomendaciones: 39/2025, 37/2025, 36/2025, 11/2025, 09/2025.

84. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro-persona⁴⁴ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera

⁴⁴ El principio pro persona se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona> consultado el 24 de noviembre de 2021.

derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país.⁴⁵

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

85. 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.

86. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁴⁶ 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.”⁴⁷

87. Por su parte, la CrIDH⁴⁸ 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.⁴⁹

⁴⁵ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

⁴⁶ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁴⁷ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

⁴⁸ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁴⁹ 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.

88. 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.

89. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que 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.⁵⁰

90. 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

⁵⁰ 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.

la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁵¹

91. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”

92. Del expediente clínico formado en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” por la atención médica que se le brindó a V, en el Dictamen Institucional se estableció que contrario a lo instituido por la NOM-Del expediente clínico, las notas médicas presentaron sin el nombre completo ni la firma de quien la elaboró⁵².

93. Asimismo, se advirtió la ausencia de notas médicas correspondientes al traslado de V a una UMS, así como su reingreso, ambos efectuados el 1 de octubre de 2022, sin que tales inobservancias estén relacionadas o hayan contribuido al deterioro del estado de salud y fallecimiento de V.

94. 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

⁵¹ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

⁵² Numeral 5.10. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

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 reciben.⁵³

95. A pesar de las Recomendaciones, el personal médico en algunos casos persiste en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, el cual es obligatorio para proporcionar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

96. 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 NOM-Del Expediente Clínico se cumpla en sus términos.

D.2. Omisión de solicitar autorización en carta de consentimiento informado.

97. De la misma forma, en el Dictamen Institucional se observó que el personal médico y/o administrativo del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” no requirió a los familiares de V la carta de consentimiento informado, para los procedimientos o tratamientos otorgados.

98. En el expediente no obra carta de consentimiento informado al ingreso hospitalario, ni para la colocación de catéter venoso central, lo que contraviene lo especificado en los

⁵³ 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.

párrafos 10.1.2. y 10.1.2.8 de la NOM-Del Expediente Clínico, en concatenación con el artículo 65 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; sin embargo, no se aprecia que se hayan violentado los derechos de V al tratarse de una urgencia meritoria de atención inmediata a fin de salvaguardar la vida como también se especifica en la normatividad invocada artículo 72 del RLGS; pero sí se trata de un deficiencia administrativa, que no incidió en la evolución de V.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

99. En el Dictamen Institucional se estableció la existencia de deficiencias en la atención de V atribuible a AR1 persona medica adscrita al servicio de Medicina Interna en el HG-“Dr. Daniel Gurría Urgell”, debido a que luego de la valoración que efectuó advirtió la necesidad de la realización del estudio clínico para determinación seriada de troponinas, indispensable para definir con certeza el tratamiento a aplicar en V, sin embargo, su conducta fue omisiva y meramente contemplativa debido que no existe registro en el expediente clínico de la realización de gestión administrativa alguna para que se concretara dicho estudio.

100. Igualmente, en lo que se refiere a la conducta omisiva atribuible a AR2 y AR3 en la atención proporcionada a V, se encuentra documentada, dado que si bien determinaron la necesidad de realizar estudio de ecocardiograma y cronografía diagnóstico-terapéutica a V, no se realizó gestión administrativa alguna para esté se concretará.

101. Por lo que hace a AR4, en el Dictamen Institucional se apreciaron elementos de

mala práctica en la atención médica otorgada a V, pues una vez estabilizada el 30 de septiembre de 2022, era menester realizar el traslado a una unidad del propio sector o subrogada, donde fuese valorada de forma integral y se contará con los medios para completar los protocolos diagnóstico-terapéuticos que ameritaba (ecocardiografía y coronariografía diagnóstico-terapéutica) de conformidad a las recomendaciones de la Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, situación que en la especie no aconteció.

102. Es así que, en el Dictamen Institucional se estableció que el lamentable fallecimiento de V devino de daño miocárdico con evidencia de isquemia miocárdica aguda por elevación de troponinas, con pérdida de oportunidad de abordaje y manejo especializado, que incidió en la persistencia y libre evolución de su patología de base, síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST y probable estenosis aórtica, por tanto, las conductas de carácter particular que se atribuyen a AR1, AR2, AR3 y AR4 resultaron en su conjunto deficientes y negligentes al no aplicar los protocolos médicos aptos y necesarios que el estado de salud de V ameritaba lo que dio como consecuencia la vulneración a sus derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, lo que encuentra sustento pleno en las consideraciones efectuadas en el referido Dictamen Institucional.

103. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad por parte del personal médico involucrado en su atención al inobservar la NOM-Del Expediente Clínico.

104. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, 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.

105. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 6º, fracción III, 72, párrafo segundo, 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 con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones de vista ante el OICE-ISSSTE del presente documento recomendatorio a fin de deslindar la responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4 por la inadecuada atención médica proporcionada a V por ende, conforme a la competencia de dicha instancia, por las irregularidades que incurrieron en la atención médica proporcionada de V a fin de que dicha autoridad determine lo que en derecho corresponde, considerando lo señalado en apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas

V.2. Responsabilidad institucional

106. 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.”

107. 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.

108. 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.

109. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el ISSSTE, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que, del análisis a la documentación del expediente clínico de V, se advirtieron diversas irregularidades como carecer del nombre completo ni la firma de quien la elaboró.

110. También se advirtieron la ausencia de notas médicas correspondientes al traslado

de V a la UMS, y de su reingresó al HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, ambos efectuados el 1 de octubre de 2022, sin que tales inobservancias estén relacionadas o hayan contribuido al deterioro de su estado de salud y fallecimiento.

111. Como ya fue detallado en párrafos que anteceden, la atención médica brindada a V en el HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell” no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

112. 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.

113. 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 a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de AR1, AR2, AR3 y AR4, 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.

114. 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.

115. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye

uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”⁵⁴

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

i. Medidas de rehabilitación

117. 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.

118. Por ello el ISSSTE, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberán proporcionar en su caso a QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4 atención psicológica y/o tanatológica 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, QVI2, QVI3 y QVI4 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

⁵⁴ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

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

ii. Medidas de compensación

119. 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."⁵⁵

120. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁵⁵ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

121. 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 deberán dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando éstas así lo requieran, inicien con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

122. De igual forma, en el caso de que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y éstas no hayan iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúen con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por 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 las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

123. 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.

124. De ahí que el ISSSTE deberá colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OICE-ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 por la inadecuada atención médica proporcionada a V, por lo que, conforme a la competencia de dicha instancia, corresponderá llevar a cabo las acciones conducentes a fin de identificar a las personas servidoras públicas involucradas, en las conductas individualizadas que les atribuye, así como por las omisiones advertidas en la integración del expediente clínico e a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

125. Ante este respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a la citada Expediente Administrativo 1, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

126. 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.

iv. Medidas de no repetición

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

128. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral 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, a la vida y al trato digno de las personas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico; y Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, dirigido al personal médico del servicio de Medicina Interna del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, 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.

129. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, especialmente del servicio de Medicina Interna, que describa los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud, a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo; además con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, del seguimiento y aplicación de la NOM-del Expediente Clínico; y Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, así como labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; asimismo, deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas con enfermedades crónico degenerativas. 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. Lo anterior para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

130. 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.

131. 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:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4, 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, el ISSSTE, atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberán proporcionar en su caso a QVI1, QVI2, QVI3 y QVI4 atención psicológica y/o tanatológica 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, QVI2, QVI3 y QVI4 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 alcance el máximo beneficio. Así también, en caso de no requerirla, se le deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o, de ser el caso, desee 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 colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el Órgano Interno de Control Específico en el ISSSTE a fin de que inicie el procedimiento que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico de V, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad que corresponda, con la finalidad de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas. En consecuencia, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. 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, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores, en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; así como la debida observancia y contenido de las NOM-Del Expediente Clínico; y Guía-

Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, dirigido al personal médico del servicio de Medicina Interna del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4 que incurrieron en la inadecuada atención médica otorgada a V, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, 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. El curso 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, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico del HG- “Dr. Daniel Gurría Urgell”, especialmente al adscrito al servicio de Medicina Interna, que describa los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección a la salud, a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo; además de ser evaluados de manera integral, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico, del seguimiento y aplicación de la NOM-del Expediente Clínico; y Guía-Diagnóstico y Tratamiento del SCA SEST, así como labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; asimismo, deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas con enfermedades crónico degenerativas. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

132. 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.

133. 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.

134. Así mismo, con base al fundamento previamente referido, 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.

135. 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