

RECOMENDACIÓN NO. 57/2025

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 ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, ATRIBUIBLE AL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 30 de abril de 2025.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2024/10566/Q**, relacionado con el caso de V en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Victoria Tamaulipas, Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo, de la Ley

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 64, y 115, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 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 utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones e instrumentos legales se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona número 1 con Medicina Familiar del IMSS en Ciudad Victoria, Tamaulipas	HGZ-1
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	CT-IMSS
Comisión de Derechos Humanos del estado de Tamaulipas	CODHET

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS	RPM-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica IMSS-190-18	GPC-Valoración Geriátrica
Guía de Práctica Clínica para la Terapia de Reemplazo Renal y Manejo Conservador en la Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, IMSS 727-24	GPC- Terapia de Reemplazo Renal
Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, IMSS-335-19	GPC-Diagnóstico y Tratamiento de la ERC
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en	GPC- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos, IMSS-319-10	
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base IMSS 411-10	GPC- Diagnóstico del Desequilibrio Ácido-Base

I. HECHOS

5. El 18 de julio de 2024, QVI presentó una queja ante la CODHET, la cual fue remitida a este Organismo Nacional por razón de competencia. En su escrito, manifestó que el 24 de junio de 2024, V ingresó al Área de Urgencias del HGZ-1 debido a una disfunción en su catéter de diálisis peritoneal¹. Con posterioridad, a los dos días, fue valorado por personal médico adscrito al Servicio de Nefrología, quienes informaron que V requería con urgencia un procedimiento quirúrgico para reemplazar el catéter, debido a que la falta de terapia renal sustitutiva había provocado un aumento en sus niveles de potasio.

6. Por su parte, QVI agregó que V permaneció internado en el HGZ-1 en espera de la cirugía para la sustitución del catéter de diálisis peritoneal; sin embargo, dicho procedimiento fue pospuesto en diversas ocasiones debido a la falta de disponibilidad de tiempo en el quirófano, reprogramándose su realización para el 6 de julio de 2024. No obstante, el día previsto para la intervención, al ser trasladado al quirófano, V presentó complicaciones respiratorias derivadas de la demora en la atención médica, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud hasta su fallecimiento. Ante estos hechos, QVI solicitó la intervención de esta Comisión Nacional para la investigación de la presunta inadecuada atención médica brindada a V por personal del IMSS.

¹ Tratamiento para la insuficiencia renal que filtra la sangre a través del peritoneo, el revestimiento del abdomen.

7. Derivado de los hechos narrados, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2024/10566/Q**, con el fin de documentar posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, incluyendo copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica se analizará en el capítulo Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Oficio 03171/2024 de 19 de julio de 2024, suscrito por personal de la CODHET, mediante el cual, se remitió por razón de competencia a esta Comisión Nacional la queja de QVI, quien manifestó su inconformidad con la atención médica brindada a V por el personal médico del HGZ-1, al cual adjunto entre otros documentos, la identificación oficial de V, el acta de defunción de V y una constancia de concubinato.

9. Correo electrónico de 22 de agosto de 2024, del personal del IMSS mediante el cual adjuntó el oficio 2901072600/DIR/591/2024 de 21 de agosto de 2024, suscrito por el Director del HGZ-1, por el cual rindió su informe sobre la atención médica otorgada a V, al que adjuntó copia del expediente clínico de V, del cual destacan las siguientes constancias:

9.1. Triage, nota médica inicial de Urgencias a las 14:55 horas de 24 de junio de 2024, suscrita por PSP1 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, donde se asentó que V ingresó con diagnóstico de enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal; además de disfunción del catéter Tenckhoff.²

9.2. Notas médicas y prescripción a las 17:08 horas de 25 de junio de 2024, elaborada por AR1, médico especialista en urgencias médico-quirúrgicas.

² Tubo flexible que se coloca en el abdomen para drenar líquido acumulado, conocido como ascitis.

9.3. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 26 de junio de 2024, suscrito por personal de Enfermería, en el que asentaron que AR2, médico internista adscrito al Servicio de Urgencias, solicitó que se le practicaran a V nuevamente estudios de laboratorio, electrocardiograma y placa de abdomen.

9.4. Notas médicas y prescripción, nota de atención médica de 27 de junio de 2024, a las 9:44 horas, elaborada por AR3 personal médico adscrito al Servicio de Nefrología, en la que se ordenó doble esquema antihipertensivo, estimulante hematopoyético, electrocardiograma y hospitalización de V a cargo de Nefrología.

9.5. Nota de evolución de 27 de junio de 2024, a las 13:21 horas, suscrita por PSP2 médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, quien describió que la placa de tórax de V documentó crecimiento cardíaco e infiltrado en ambos bases pulmonares.

9.6. Nota de evolución de 28 de junio de 2024, a las 22:40 horas, elaborada por AR2, donde se asentó que, se ordenaban las mismas indicaciones para V y estaba pendiente valoración por parte del Servicio de Cirugía General.

9.7. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 29 de junio de 2024, elaborados por personal adscrito al Servicio de Enfermería, en los que se asentó que se encontraban pendientes la toma de radiografía de tórax y electrocardiograma.

9.8. Nota médica del 30 de junio de 2024, a las 19:09 horas, elaborada por AR4 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-1, quien reiteró que, V se encontraba pendiente de interconsulta por parte del Servicio de

Cirugía General y hospitalización en piso de Medicina Interna a cargo de Nefrología.

9.9. Nota médica de 1 de julio de 2024, a las 03:00 horas, suscrita por AR5 médica adscrita al Servicio de Medicina Interna, quien solicitó la toma de laboratorios de control y radiografía de tórax de V.

9.10. Nota médica de 1 de julio de 2024, a las 11:17 horas, elaborada por AR6 personal médico adscrita al área de Urgencias, en la cual precisó que V presentaba hiperkalemia severa.³

9.11. Nota de valoración cirugía general de 1 de julio de 2024, a las 12:55 horas, suscrita por PSP3 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General, quien describió que V presentaba catéter Tenckhoff con salida de material purulento con mal olor, solicitó valoración preoperatoria para retiro y colocación de catéter.

9.12. Nota médica de 1 de julio de 2024, a las 16,59 horas, elaborada por AR7 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, donde reportó que V cursaba con disminución severa de la glucosa y desequilibrio electrolítico dependiente del ascenso de potasio.

9.13. Notas médicas y prescripción de 2 de julio de 2024, a las 9:06 horas, firmada por AR3 dónde asentó que V ingresó a piso de Medicina Interna a cargo de la especialidad de Nefrología, agregando que ya contaba con todo el protocolo quirúrgico completo, por lo que solicitó nuevamente valoración preoperatoria.

³ Elevación del potasio en sangre por encima de 5.5 mmol/L.

9.14. Nota médica de 2 de julio de 2024, a las 18:00 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, del cual no es posible determinar su nombre en virtud de que únicamente asentó su rúbrica y número de matrícula los cuales son ilegibles, dónde precisó que V no contaba con el ayuno necesario y solicitó que se recabara el consentimiento informado.

9.15. Hoja de indicaciones médicas de 3 de julio de 2024, a las 10:28 horas, en la que AR3 ordenó el ayuno de V a partir de las 09:30 horas, solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General.

9.16. Nota de valoración de 3 de julio de 2024, a las 13:10 horas, efectuada por PSP4 personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, quien señaló que se programaba a V para colocación de catéter en forma electiva, por lo que se informó a Coordinación de Quirófano.

9.17. Nota médica de 4 de julio de 2024, a las 08:39 horas, elaborada por AR3, quien reportó que V presentaba constantes vitales normales, agregando que estaba programado para ese día “tiempo quirúrgico”.

9.18. Nota médica de 4 de julio de 2024, a las 19:23 horas, suscrita por PSP5 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General, quien señaló que no era posible intervenir a V debido a la falta de tiempo quirúrgico.

9.19. Nota médica de 5 de julio de 2024, en la que AR3 asentó que se difirió la cirugía programada de V, por lo que solicitó nuevamente interconsulta al Servicio de Cirugía General.

9.20. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 6 de julio de 2024, en la que se indicó que V fue trasladado al área de quirófano a efecto de que se le efectuara el retiro y colocación de catéter

Tenckhoff, donde llegó con dificultad respiratoria, la cual evolucionó al cese de la función cardiorrespiratoria.

9.21. Certificado de defunción, en dónde se asentó que V falleció a las 09:04 horas de 6 de julio de 2024, con causa de fallecimiento: choque distributivo, síndrome urémico y enfermedad renal crónica.

10. Correo electrónico de 30 de agosto de 2024, del personal del IMSS, al cual se adjuntó el oficio número 29 0108022151/661/2024, de 27 de agosto de 2024, suscrito por el Director Médico del HGZ-1, a través del cual proporcionó informes suscritos por el personal médico que intervino en la atención médica que se le brindó a V.

11. Dictamen en Materia de Medicina emitido el 24 de febrero de 2025, por personal de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V del 25 de junio al 6 de julio de 2024, en el HGZ-1 fue inadecuada.

12. Correo electrónico de 6 de marzo de 2025, por medio del cual personal adscrito al IMSS informó que la Comisión Bipartita del CT-IMSS radicó el expediente QM con motivo de los hechos denunciados por V, el cual se encuentra en trámite.

13. Correo electrónico de 13 de marzo de 2025, a través del cual se adjuntó el oficio número SABG/OICGYR/AIDI03/0805/2025, suscrito por el Titular del Área de Auditoría y de Denuncias e Investigaciones del OIC-IMSS, donde se informó a esta Comisión Nacional que, dicha área no cuenta con información o antecedentes sobre algún procedimiento de investigación relacionado con los hechos materia de la presente Recomendación.

14. Acta circunstanciada del 2 de abril de 2025, en la que personal adscrito a esta Comisión Nacional certificó la comunicación telefónica sostenida con QVI, quien señaló que mediante oficio del 19 de marzo de 2025, el CT-IMSS le notificó la resolución de la QM en la cual se determinó que no es procedente desde el punto de vista médico,

agregando que no presentó denuncia de hechos ante la autoridad ministerial; finalmente, señaló que V era su concubino y que no procrearon hijos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Esta Comisión Nacional contó con evidencia de que el caso de V se sometió a consideración del CT-IMSS, por lo que se radicó la QM y mediante oficio del 19 de marzo de 2025, se le notificó a QVI la resolución de esa queja médica, en la cual se determinó que no es procedente desde el punto de vista médico, sin contar con evidencia de que dicha determinación se haya recurrido.

16. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, este Organismo Autónomo no contó con evidencia de la radicación de expediente de investigación en el OIC-IMSS, ni de que se haya iniciado alguna carpeta de investigación con motivo de los hechos narrados por QVI, derivada de la inadecuada atención médica brindada a V por el personal médico del HGZ-1.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/10566/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la CrIDH como de la SCJN, se cuenta con evidencia suficiente para acreditar la violación de los derechos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, por los actos y omisiones del personal médico del HGZ-1, ya que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada y contribuyó al deterioro de

sus condiciones clínicas y a su posterior fallecimiento; lo anterior, en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

18. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁴

19. Los principios de París prevén expresamente las competencias de las instituciones nacionales de derechos humanos, entre las que se encuentran que tengan el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violaciones a los derechos humanos y poder emitir dictámenes recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo “formular recomendaciones a las autoridades competentes”.⁵

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

⁴ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

⁵ Apartado D, de los Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasi jurisdiccional.

a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.⁶

21. En tanto que, el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁷

22. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, que:

“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad, física, económica y acceso a la información, aceptabilidad y calidad”.⁸

23. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que: “la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la

⁶ “(...) el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir (...) La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

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

⁸ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”⁹

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

25. Al respecto, el artículo 2, fracción V de la Ley General de Salud dispone que el derecho a la protección de la salud tiene como una de sus finalidades “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”

26. Finalmente, la SCJN en Tesis Aislada, ha expuesto como parte del estándar de protección del derecho humano a la salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto de la CPEUM, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de las Formas de Discriminación Racial, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el derecho a la salud, brindando la asistencia médica y tratamientos de forma oportuna, permanente y constante.¹⁰

A.1. ANTECEDENTES DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE V

27. El caso que nos ocupa involucra a V persona adulta mayor al momento de los hechos, quien presentaba antecedentes patológicos de hipertensión arterial sistémica¹¹

⁹ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.”

¹⁰ Tesis [A]: 1a. XIII/2021 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, s.t., Mayo de 2021, s.p., Reg. digital: 2022890.

¹¹ Condición médica donde la presión en las arterias es persistentemente elevada, generalmente por encima de 140/90 mmHg.

y diabetes mellitus tipo II¹², ambas enfermedades crónicas con 20 años de evolución, las cuales derivaron en una complicación de alta mortalidad como lo fue la insuficiencia renal crónica que le fue diagnosticada en 2019, la cual fue atendida mediante tratamiento de sustitución renal en su modalidad de diálisis peritoneal.

A. 2. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V

28. El 24 de junio de 2024, a las 14:55 horas, V ingresó al Área de Urgencias del HGZ-1, ocasión en la que fue atendido por PSP1 personal médico adscrito a ese Servicio, quien asentó en su nota médica inicial que, el 21 de ese mes y año, V presentó disfunción de catéter durante su sesión de diálisis peritoneal con salida de material purulento; además, integró los diagnósticos de enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal, por lo que indicó su ingreso a observación y solicitó una radiografía de abdomen.

29. El 25 de junio de 2024, V fue valorado por AR1 personal médico especialista en urgencias médico-quirúrgicas, quien precisó en su nota médica que V cursó con disfunción mecánica de catéter peritoneal y datos de infección en el orificio de salida de este; agregando que, se encontraba a la espera de valoración por parte del Servicio de Cirugía General, así como tomar placa de abdomen a efecto de valorar la permeabilidad del catéter. De igual forma, transcribió los resultados de los estudios de laboratorio que se le practicaron a V en los cuales se apreciaba que bioquímicamente tuvo cúmulo de toxinas urémicas, desequilibrio electrolítico dependientes del aumento de potasio y disminución de cloro, incremento de ácido úrico y anemia leve.

30. El 26 de junio de 2024, personal adscrito al servicio de Enfermería asentó en sus registros que V continuaba sin cambios en su tratamiento, agregando que AR2 personal médico internista adscrito al Servicio de Urgencias, solicitó que se le practicaría

¹² Enfermedad crónica que se caracteriza por un alto nivel de azúcar en la sangre.

nuevamente estudios de laboratorio, así como electrocardiograma¹³ y placa de abdomen; siendo importante destacar que AR2 omitió elaborar su nota de evolución y únicamente se limitó a requerir auxiliares de diagnóstico, los cuales no interpretó ni analizó.

31. El 27 de junio de 2024, a las 09:44 horas, V fue valorado por AR3 personal médico adscrito al Servicio de Nefrología, quien asentó en su nota médica los análisis sanguíneos practicados a V el 24 de ese mes y año, precisó que requería retiro y recolocación del catéter Tenckhoff; de igual forma, ordenó doble esquema antihipertensivo, estimulante hematopoyético, electrocardiograma y hospitalización a cargo de Nefrología, así como valoración preoperatoria por Medicina Interna e interconsulta a Cirugía General.

32. A las 13:21 horas de 27 de junio de 2024, V fue examinado como parte del protocolo prequirúrgico por PSP2 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, quien describió que la placa de tórax documentó crecimiento cardiaco e infiltrado en ambas bases pulmonares, comentando la ausencia de los exámenes clínicos y electrocardiograma para clasificar, evaluar y planificar la conducta preoperatoria; a la exploración física reportó que, V presentaba abdomen con catéter Tenckhoff cubierto con gasa y soplo sistólico plurifocal¹⁴; siendo importante señalar que esto no fue advertido por AR3 durante su valoración.

33. A las 22:40 horas de 28 de junio de 2024, AR2 se limitó a asentar en nota de evolución que se ordenaban las mismas indicaciones y que estaba pendiente valoración por parte del Servicio de Cirugía General.

¹³ AR2 precisó: "... Pte. EKG..."

¹⁴ Fenómeno acústico ocasionado por el aumento de flujo sanguíneo a través de las estructuras mecánicas cardíacas.

34. De acuerdo con los registros clínicos de enfermería de 29 de junio de 2024, los cuales fueron elaborados por personal adscrito al Servicio de Enfermería, V permaneció en el servicio de Urgencias del HGZ-1, precisando que se encontraban pendientes la toma de radiografía de tórax y electrocardiograma, así como las interconsultas por parte de los Servicios de Medicina Interna para valoración preoperatoria y Cirugía General para retiro y colocación de catéter intraperitoneal.

35. El 30 de junio de 2024, V fue valorado por AR4 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-1, quien reiteró que se encontraba pendiente interconsulta por parte del Servicio de Cirugía General y hospitalización en piso de Medicina Interna a cargo de Nefrología; de igual forma, prescribió catéter venoso periférico permeable con dispositivo para cierre temporal de este, antiemético¹⁵, doble esquema antihipertensivo, diurético, curva térmica¹⁶ y cuantificación de orina.

36. A las 03:00 horas de 1 de julio de 2024, V fue examinado por AR5 personal médica adscrita al Servicio de Medicina Interna, quien lo reportó con presión arterial de 120/59 mm/Hg (normal 120/80), solicitando la toma de laboratorios de control y radiografía de tórax; de igual forma, señaló que se encontraba pendiente interconsulta por el Servicio de Cirugía General y hospitalización en piso de Medicina Interna a cargo de Nefrología.

37. A las 11:17 horas de 1 de julio de 2024, AR6 valoró a V, reportó un aumento de la presión sistólica 135/61 mmHg (normal 120/80), con soplo en todos los focos cardiacos y miembros inferiores con acúmulo de líquido, agregando que de los resultados de gasometría que se le practicaron se advertía desequilibrio ácido-base por acúmulo de producto de desecho urémico e incremento de líquidos corporales¹⁷; de

¹⁵ Medicamento que previene o reduce las náuseas y los vómitos.

¹⁶ Registro gráfico de la temperatura corporal a lo largo del tiempo, que se utiliza para estudiar la evolución de la fiebre.

¹⁷ Acidosis metabólica: trastorno del equilibrio ácido base que más se asocia a la enfermedad renal crónica.

igual forma, asentó el diagnóstico de hiperkalemia severa y adicionó al manejo terapéutico medidas para promover la eliminación del potasio sérico, dosis única de bicarbonato para tratar el depósito de ácidos corporales, exámenes de seguimiento, electrocardiograma e interconsulta con Cirugía General.

38. Por lo anterior, a las 12:55 horas del 1 de julio de 2024, V fue valorado por PSP3 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General, quien a la exploración describió que presentaba catéter Tenckhoff con salida de material purulento con mal olor, advirtió nuevamente la ausencia de evaluaciones orientadas a los motivos por los que ingresó V al HGZ-1, prescribió curación de sitio emergente de la cánula intraabdominal, toma de cultivo de la secreción, valoración preoperatoria para retiro y colocación de dispositivo abdominal para terapia de sustitución de la función renal en su modalidad de diálisis peritoneal, una vez que concluyera el protocolo prequirúrgico se solicitará nueva valoración por el Servicio de Cirugía General.

39. A las 16:59 horas de 1 de julio de 2024, AR7 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias reportó que, V cursaba con disminución severa de la glucosa, desequilibrio electrolítico dependiente del ascenso del potasio, fósforo y magnesio, así como incremento significativo de la creatinina (29.1 mg/dL) con respecto a la documentada el 24 de junio de 2024 (19.4 mg/dL). Además, se advirtió que el electrocardiograma mostró alteraciones del ritmo cardiaco potencialmente mortales atribuidas al incremento de potasio sérico, precisó que su estado de salud era grave con alto riesgo de complicaciones, solicitó estudios de laboratorio y electrocardiográficos horarios, sin cambios en la terapéutica farmacológica y revaloración por Cirugía General, comentó que se encontraba pendiente el ingreso a piso de Medicina Interna a cargo de Nefrología.

40. Al respecto, en el Dictamen en materia de Medicina emitido por personal especializado de esta Comisión Nacional, se precisó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron efectuar exploración física dirigida de la cavidad abdominal de V,

que incluyera inspección cuidadosa del orificio de salida y túnel del catéter para descartar proceso infeccioso e inflamatorio de línea dialítica; solicitar análisis de líquido peritoneal y cultivo de secreción de sitio de salida; de igual forma, comenzar con antibiótico empírico, indicar estatina por el incremento de lípidos en sangre y requerir interconsulta al servicio de Nefrología para reinicio de la terapia sustitutiva renal y/o cambio de la modalidad de esta.

41. Además, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron tratar la causa de la acidosis metabólica que presentaba V, ocasionando un retraso en la instauración del manejo específico de V con enfermedad renal en etapa final, quien desarrolló complicaciones potencialmente mortales, lo cual transgredió lo dispuesto en la GPC- Valoración Geriátrica, GPC- Terapia de Reemplazo Renal, GPC-Diagnóstico y Tratamiento de la ERC, GPC- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis y en la GPC-Diagnóstico del Desequilibrio Ácido-Base.

42. Se abundó en el Dictamen en materia de Medicina de este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, también omitieron valorar continúa y permanentemente a V, quien era un adulto mayor con fecha de su última terapia de diálisis el 21 de junio de 2024, por lo que requería que se implementaran medidas para promover la eliminación de potasio ante la inminente falla de la función renal; aunado a que se advirtió la ausencia de evaluaciones orientadas a los motivos de su ingreso al HGZ-1.

43. A las 09:06 horas de 2 de julio de 2024, V fue trasladado al piso de Medicina Interna a cargo de la especialidad de Nefrología, siendo atendido por AR3, quien asentó que ya contaba con todo el protocolo prequirúrgico completo, por lo que solicitó nuevamente valoración preoperatoria; además, modificó el esquema terapéutico, acceso venoso periférico con sello, suspendió las medidas antikalémicas, añadió antagonista de los efectos del potasio en el sistema de conducción cardiaca, curva térmica, cuantificación de orina estricta y análisis de laboratorio.

44. Para las 12:23 horas de esa misma fecha, PSP2 llevó a cabo la valoración prequirúrgica de V, reportando constantes vitales normales y reiteró los estudios de laboratorio que se le practicaron el 24 de junio de 2024; de igual forma, señaló que V presentaba disminución antigua del flujo sanguíneo por la oclusión de las arterias que irrigaban el músculo coronario en la cara inferior izquierda de la cámara cardiaca; asentando clasificación prequirúrgica ASA III¹⁸, LEE clase IV¹⁹ y complicaciones de índole arteria-coronario Goldman 2/4²⁰. Finalmente, brindó las indicaciones operatorias, monitoreo cardiaco y pulsioximetría²¹ estricto en la cirugía.

45. A las 18:00 horas del 2 de julio de 2024, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General, del cual no es posible determinar su nombre en virtud de que únicamente asentó su rúbrica y número de matrícula, precisó que V no contaba con el ayuno necesario y solicitó que se recabaría el consentimiento informado; lo anterior, significó que el Servicio tratante no suspendió la ingesta de alimentos por vía oral, ni había recabado ni notificado a V y a su familiar sobre el procedimiento, riesgos, beneficios y complicaciones derivadas de la cirugía para retiro y colocación de catéter Tenckhoff, a pesar de que AR3 reiteró que este era el motivo del ingreso de V al HGZ-1.

46. De igual forma, en el Dictamen Médico de esta Comisión Nacional se estableció que AR3 omitió efectuar exploración física dirigida a la cavidad abdominal que incluyera una inspección cuidadosa del orificio de salida y túnel del catéter para descartar proceso infeccioso e inflamatorio de la línea dialítica, así como solicitar exámenes sanguíneos en ese momento para valorar el estado ácido-base, hidroelectrolítico, metabólico, urémicos, función plaquetaria y respiratorio ante la enfermedad renal

¹⁸ Paciente con patología coexistente descompensada, severa, con daño de varios parénquimas).

¹⁹ Probabilidades de fallecimiento alto.

²⁰ Peligro de complicaciones coronarias mayores del 5%.

²¹ Prueba no invasiva que mide la saturación de oxígeno en la sangre, utilizando un dispositivo llamado pulsioxímetro, que se coloca en el dedo o la oreja.

crónica en etapa final; aunado a que debió estimar el cambio de modalidad de la terapia de sustitución renal a hemodiálisis.

47. El 3 de julio de 2024, a las 10:28 horas, AR3 asentó en la hoja de indicaciones médicas que se ordenó el ayuno de V a partir de las 09:30 horas, siendo programado para cirugía el día 4 de ese mes y año, a las 17:30 horas, sin que se realizaran cambios en el esquema terapéutico y solicitó nuevamente interconsulta al Servicio de Cirugía General, la cual se efectuó a las 13:10 horas de esa misma fecha, por parte de PSP4, quien señaló que se programaba a V para colocación de catéter en forma electiva, por lo que se informó a Coordinación de Quirófano.

48. El 4 de julio de 2024, a las 08:39 horas, AR3 reportó que V presentaba constantes vitales normales, asentó que se hospitalizó por catéter disfuncional, quien estaba programado para ese día “tiempo quirúrgico”; dejándolo en ayuno y solicitó radiografía de pelvis para colocación del citado dispositivo, sin que haya mencionado datos clínicos ni auxiliares de diagnóstico.

49. A las 19:23 horas de esa misma fecha, PSP5 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General, precisó que debido a la prolongación de la cirugía programada en el quirófano no era posible intervenir a V debido a la falta de tiempo quirúrgico, por lo que les explicó a sus familiares que se reprogramaría en breve.

50. A las 09:42 horas de 5 de julio de 2024, AR3 asentó en su nota médica que se difirió la cirugía programada de V, por lo que solicitó nuevamente interconsulta al Servicio de Cirugía General para retiro y recolocación de catéter Tenckhoff.

51. De acuerdo con notas del Servicio de Enfermería del 6 de julio de 2024, V fue trasladado al área de quirófano a efecto de que se le efectuara el retiro y colocación de catéter Tenckhoff, donde llegó con dificultad respiratoria, la cual evolucionó al cese de la función cardiorrespiratoria, por lo que PSP6 personal médico adscrito al Servicio de

Anestesiología y AR5, realizaron maniobras de resucitación avanzada, apoyo de vasopresores y medidas para la eliminación de potasio de las células; consiguiendo la restauración de la circulación espontánea e instauraron acceso venoso central para soporte hemodinámico a base de catecolaminas e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

52. No obstante, V volvió a presentar paro cardiorrespiratorio sin que el personal médico lograra el retorno de la circulación espontánea, motivo por el cual determinaron la hora del fallecimiento a las 09:04 horas del 6 de julio de 2024., asentando como causa del deceso: choque distributivo/Urgencia dialítica (síndrome urémico).

53. En ese sentido, en el Dictamen en Materia de Medicina emitido por el personal especializado de esta Comisión Nacional, precisó que V presentaba padecimientos graves y de elevada morbimortalidad, como lo fue la enfermedad renal crónica en etapa final en terapia de sustitución de la función renal en su modalidad de diálisis peritoneal, sin manejo específico depletor²² y depurador de elementos de desecho desde el 21 de junio de 2024, lo cual desencadenó en la acumulación de toxinas que ameritaba atención médica inmediata, como la instauración de la terapia de la función renal, la cual no fue brindada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provocando un deterioro orgánico irreversible, ante la postergación de la instauración del tratamiento dialítico, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a la muerte de V.

54. Por lo antes expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, vulneraron en perjuicio de V su derecho humano a la protección de la salud por la inadecuada atención médica que se le brindó en el HGZ-1, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y XI; 32,

²² Compuestos o fármacos que reaccionan con la cistina para convertirla en un compuesto más fácil de metabolizar y transportar en las células.

33, fracciones I y II, de la LGS; 8, fracciones I y II; así como 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

55. La vida como derecho humano fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales,²³ por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

56. Al respecto, la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida “es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”;²⁴ 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 (...)”.²⁵

57. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,²⁶ 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

²³ 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.

²⁴ 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>.

²⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

²⁶ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

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.

58. 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, AR4, AR5, AR6 y AR7, que estuvieron a cargo de su atención en el HGZ-1, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida con base en lo siguiente:

B.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V PERSONA ADULTA MAYOR

59. En el Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, se concluyó que la atención médica proporcionada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, del 25 de junio al 6 de julio de 2024, fue inadecuada toda vez que omitieron efectuar exploración física dirigida de la cavidad abdominal de V que incluyera inspección cuidadosa del orificio de salida y túnel del catéter para descartar proceso infeccioso e inflamatorio de línea dialítica; solicitar análisis de líquido peritoneal y cultivo de secreción de sitio de salida; de igual forma, comenzar con antibiótico empírico, indicar estatina por el incremento de lípidos en sangre y requerir interconsulta al Servicio de Nefrología para reinicio de la terapia sustitutiva renal y/o cambio de la modalidad de esta.

60. Las omisiones mencionadas provocaron que V presentará una acumulación de toxinas que ameritaba atención médica inmediata, como la instauración de la terapia de la función renal, la cual no fue brindada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provocando un deterioro orgánico irreversible de V, ante la postergación de la instauración del tratamiento dialítico, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a su muerte.

61. De esta forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone:

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

62. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto de la CPEUM, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, debieron valorar adecuada e integralmente a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

63. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.²⁷

64. 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 con

²⁷ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

antecedentes patológicos de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II, ambas enfermedades crónicas con 20 años de evolución, las cuales derivaron en una complicación de alta mortalidad como lo fue la insuficiencia renal crónica que le diagnosticada en el año 2019, la cual fue atendida mediante tratamiento de sustitución renal en su modalidad de diálisis peritoneal.

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

66. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas con cáncer, quienes por su padecimiento son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos²⁸; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud y a la vida de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara y derivara en la pérdida de su vida.

67. 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.”²⁹ A su vez, se afirma que tal condición se origina de

²⁸ Recomendación 260/2022, párrafo 86

²⁹ 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, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

68. 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.”³⁰

69. Todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de tumor hepático de comportamiento incierto, colangitis y diabetes mellitus, tienen derecho a un trato digno e información completa y oportuna que mejore su atención y favorezcan su calidad de vida; y, a que se les garantice el reconocimiento de la dignidad y personalidad de todo ser humano, así como el valor intrínseco que su propia naturaleza le confiere. De igual forma, tiene garantizado el derecho a la atención integral, de manera gratuita y prioritaria en los servicios públicos de salud, la cual debe incluir estudios y análisis clínicos, diagnóstico, tratamientos y medicamentos innovadores; así como acceso a los servicios de cuidados.

70. El respeto a sus derechos da al paciente un papel más activo en la lucha por recuperar la salud, entre ellos a recibir un tratamiento adecuado, trato digno e información completa y oportuna mejoran la atención al paciente y favorecen su calidad de vida.

71. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial, colocan a la persona en un estado de vulnerabilidad tanto física como emocional, por lo que a veces no exige sus derechos. Por ello es importante que el paciente y su familia sepan con claridad el trato

³⁰ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

que deben recibir del personal médico y las instituciones de salud, a fin de asegurar la atención más adecuada y el cuidado de su calidad de vida.

72. De igual forma el paciente con hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad renal en etapa final, debe recibir desde la primera consulta o trámite y hasta la aplicación del tratamiento más complejo, un trato digno que respete sus creencias personales, Además, tiene derecho a recibir atención oportuna y de calidad idónea, pues el artículo 51 de la LGS establece ambas prerrogativas.

73. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria, se debió priorizar su atención médica y tomar medidas para la instauración de la terapia de la función renal, la cual no fue brindada oportunamente, provocando un deterioro orgánico irreversible, ante la postergación de la instauración del tratamiento dialítico, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a su fallecimiento.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V COMO PERSONA CON ENFERMEDAD GRAVE O TERMINAL

74. 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 con antecedentes patológicos de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II, ambas enfermedades crónicas con 20 años de evolución, las cuales derivaron en una complicación de alta mortalidad como lo fue la insuficiencia renal crónica que le diagnosticada en el año 2019, la cual fue atendida mediante tratamiento de sustitución renal en su modalidad de diálisis peritoneal.

75. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”; a su vez, los artículos

11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

76. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas con cáncer, quienes por su padecimiento son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos³¹; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud y a la vida de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara y derivara en la pérdida de su vida.

77. 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.”³² 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.

78. 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.”³³

³¹ Recomendación 260/2022, párrafo 86

³² 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, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

³³ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

79. Todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de diabetes mellitus, tienen derecho a un trato digno e información completa y oportuna que mejore su atención y favorezcan su calidad de vida; y, a que se les garantice el reconocimiento de la dignidad y personalidad de todo ser humano, así como el valor intrínseco que su propia naturaleza le confiere. De igual forma, tiene garantizado el derecho a la atención integral, de manera gratuita y prioritaria en los servicios públicos de salud, la cual debe incluir estudios y análisis clínicos, diagnóstico, tratamientos y medicamentos innovadores; así como acceso a los servicios de cuidados.

80. El respeto a sus derechos da al paciente un papel más activo en la lucha por recuperar la salud, entre ellos a recibir un tratamiento adecuado, trato digno e información completa y oportuna mejoran la atención al paciente y favorecen su calidad de vida.

81. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial, colocan a la persona en un estado de vulnerabilidad tanto física como emocional, por lo que a veces no exige sus derechos. Por ello es importante que el paciente y su familia sepan con claridad el trato que deben recibir del personal médico y las instituciones de salud, a fin de asegurar la atención más adecuada y el cuidado de su calidad de vida.

82. De igual forma el paciente con hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad renal en etapa final, debe recibir desde la primera consulta o trámite y hasta la aplicación del tratamiento más complejo, un trato digno que respete sus creencias personales, Además, tiene derecho a recibir atención oportuna y de calidad idónea, pues el artículo 51 de la LGS establece ambas prerrogativas.

83. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria, se debió priorizar su atención médica y tomar medidas para la instauración de la terapia de la función renal, la cual no fue brindada oportunamente, provocando un deterioro orgánico irreversible, ante la

postergación de la instauración del tratamiento dialítico, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a su fallecimiento.

C.1. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO DE V PERSONA ADULTA MAYOR

84. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona adulta mayor con enfermedades crónico degenerativas al momento de los hechos; 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 Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, lo que debió implicar que V recibiera en el HGZ-1 una atención prioritaria y adecuada por el personal médico tratante.

85. 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. También, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer "(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias".

86. Los artículos 17, párrafo primero, del "Protocolo de San Salvador"; 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, y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las

personas de edad, establecen que 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.

87. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México³⁴ explica con claridad que “para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.”³⁵

88. 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 Mayores³⁶ en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

89. Además, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de

³⁴ Publicado el 19 de febrero de 2019.

³⁵ CNDH, párrafo 418, pág. 232

³⁶ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002

la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es 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.

90. En el artículo 18 del citado ordenamiento normativo, indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, 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.

91. También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, se destacó: “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.”

92. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria por tratarse de una persona adulta mayor al momento de los hechos, con los antecedentes clínicos, así como enfermedades de base, al no recibir una atención médica preferente, se evidenció un retraso injustificado en el manejo de la emergencia Nefrítica que presentó al ser atendido en el HGZ-1, la cual debió tratarse de manera inmediata, además, de que no se le realizó una inspección minuciosa del orificio de salida y túnel del catéter para descartar proceso infeccioso e inflamatorio de línea dialítica, solicitar análisis de líquido peritoneal y cultivo de secreción de sitio de salida, suministrarle antibiótico empírico, requerir interconsulta al Servicio de Nefrología, omisiones que ocasionaron que presentará una acumulación de toxinas, provocando un deterioro orgánico irreversible,

ante la postergación de la instauración del tratamiento dialítico, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a su muerte.

93. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando 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; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.³⁷

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

94. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”³⁸ .

³⁷El 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#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

³⁸ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), número iv).

95. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017³⁹, esta Comisión Nacional 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.

96. En tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que un

“expediente médico, adecuadamente integrado, [es un] instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁴⁰

97. 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. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal del área de salud, el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”⁴¹

98. Este Organismo Nacional en el párrafo 34 de la Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e

³⁹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017

⁴⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

⁴¹ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Introducción, párrafo 3

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

99. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional observó en la integración del expediente clínico de V en el HGZ-1.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

100. En el Dictamen Médico de esta CNDH se advirtió en el expediente clínico de V la ausencia de notas de evolución durante su internamiento en el servicio de Urgencias del HGZ-1 del 25 al 30 de junio de 2024, las cuales se debieron registrar por turno o al menos cada 8 horas y cuando hubiera cambios clínicos y terapéuticos significativos; de igual forma, en la nota médica del 2 de julio de ese año, se omitió asentar el nombre del personal médico adscrito al servicio de Cirugía General que la elaboró, lo cual representó un incumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico en su apartado 8.3.

101. Si bien las omisiones en que incurrió personal médico del HGZ-1 en las notas respectivas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI a que

conociera la verdad, por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

102. Por lo expuesto, se acreditó que la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provino de la inadecuada atención médica proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en el fallecimiento de V, vulnerando de igual forma su derecho a la vida y al trato digno, de manera específica, la responsabilidad de las personas servidoras públicas responsables deriva de lo siguiente:

103. AR1, omitió realizar una exploración física de la cavidad abdominal de V, incluyendo la inspección del orificio de salida y túnel del catéter para descartar procesos infecciosos o inflamatorios; de igual forma, no solicitó análisis de líquido peritoneal ni cultivo de secreción del sitio de salida del catéter, aunado a que no inició tratamiento antibiótico empírico ni estatinas por el incremento de lípidos en sangre, lo cual fue crucial para el manejo del paciente. Finalmente, omitió solicitar interconsulta con el servicio de Nefrología para reiniciar la terapia sustitutiva renal ni para cambiar la modalidad de la misma.

104. AR2, no elaboró la nota de evolución médica del 26 de junio de 2024; además de limitarse a solicitar estudios de laboratorio, electrocardiograma y placa de abdomen sin interpretarlos o analizarlos; tampoco valoró de forma adecuada la condición de V, a pesar de los signos de complicaciones visibles y omitió realizar una valoración continua y exhaustiva de V, quien requería atención constante dada su condición crítica.

105. AR3, no efectuó una exploración física dirigida a la cavidad abdominal, lo que permitió que los signos de infección por el catéter pasaran desapercibidos. De igual manera, omitió solicitar un análisis adecuado de los resultados de los exámenes realizados a V, ni se tomó en cuenta el riesgo de la acidosis metabólica, lo que retrasó el tratamiento adecuado. Finalmente, omitió un manejo específico ante la acidosis metabólica y la acumulación de toxinas, que llevó a complicaciones graves para la salud de V.

106. AR4, no solicitó ni interpretó los estudios previos como la radiografía de tórax y electrocardiograma de V, necesarios para una correcta evaluación prequirúrgica; aunado a que omitió revisar de manera exhaustiva la historia clínica y las necesidades inmediatas de V.

107. AR5, omitió implementar el manejo adecuado de la hiperkalemia severa de V, lo cual fue un factor contribuyente en su deterioro y eventual fallecimiento; además, no solicitó una nueva valoración adecuada ante el aumento crítico de potasio y otros desequilibrios bioquímicos.

108. AR6, no evaluó adecuadamente el desequilibrio ácido-base de V, lo cual es fundamental para pacientes con insuficiencia renal crónica; de igual forma, omitió efectuar un seguimiento y evaluación constantes de los parámetros clínicos cruciales para la estabilidad de V.

109. AR7, no actuó con la urgencia requerida ante los elevados niveles de potasio y otros desequilibrios electrolíticos de V, lo que dejó a V en una situación crítica sin intervención médica adecuada. Aunado a ello, no realizó la interconsulta necesaria con Cirugía General para abordar los problemas de salud inmediatos de V, lo cual prolongó la espera para su tratamiento adecuado.

110. Es decir, entre el 25 de junio y el 6 de julio de 2024, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron efectuar exploración física dirigida de la cavidad abdominal de V que incluyera inspección cuidadosa del orificio de salida y túnel del catéter para descartar proceso infeccioso e inflamatorio de línea dialítica; solicitar análisis de líquido peritoneal y cultivo de secreción de sitio de salida; de igual forma, comenzar con antibiótico empírico, indicar estatina por el incremento de lípidos en sangre y requerir interconsulta al servicio de Nefrología para reinicio de la terapia sustitutiva renal y/o cambio de la modalidad de esta, provocando un deterioro orgánico irreversible de V, ante la postergación de la instauración del tratamiento que requería, favoreciendo las complicaciones que causaron un grave estado de salud que posteriormente condujeron a su muerte.

111. Este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, VI, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en relación con el numeral 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

112. 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 contó con evidencia para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente Recomendación con base en la opinión médica emitida por parte de este Organismo Autónomo, de ser el caso, se realice la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica proporcionada a QV, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

113. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM, “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.”

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

115. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que

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

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

117. En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, por parte de las autoridades médicas del HGZ-1, toda vez que el procedimiento quirúrgico que requería el agraviado fue reprogramado en diversas ocasiones debido a la falta de disponibilidad en el quirófano, aunado a que dicha cirugía no fue subrogada a pesar de que era urgente practicarla; de igual forma, no se integró debidamente el expediente clínico, conforme a lo establecido en la CPEUM y la NOM-Del Expediente Clínico, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, a todas las personas derechohabientes, que garantice la no repetición de los hechos aquí plasmados.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

118. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido

en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

119. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI; 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96, 97; fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112, 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, este Organismo Nacional les reconoce a V y QVI, su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir a V, así como a QVI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que QVI tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en razón del fallecimiento de V, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

120. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió que:

“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una

norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.⁴²

121. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

122. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud y en agravio de QV, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

i) Medidas de rehabilitación

123. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21

⁴² Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

de los Principios y Directrices (instrumento antes referido); la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

124. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii) Medidas de compensación

125. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende:

“(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”⁴³.

⁴³ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

126. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, por el fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

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

128. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso

correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii) Medidas de satisfacción

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

130. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

131. 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

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

133. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS diseñen e impartan 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 relacionados con el derecho humano a la protección a la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, así como de las Guías de Práctica Clínica: GPC-Valoración Geriátrica, GPC- Terapia de Reemplazo Renal, GPC-Diagnóstico y Tratamiento de la ERC, GPC- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis y la GPC-Diagnóstico del Desequilibrio Ácido-Base; citadas en esta Recomendación, dirigido al personal médico de los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HGZ-1, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de seguir en activos laboralmente, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares al del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con

suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

134. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HGZ-1, de manera particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de seguir en activo laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

136. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, formula respetuosamente a usted, señor director general del IMSS, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, de manera específica por el fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y/o tanatológica a QVI en caso de así requerirla, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas de edad y género. De igual forma, para el caso de que al momento de la emisión de la presente recomendación la víctima no estime necesaria dicha atención, se le deje cita abierta para acceder a la misma cuando así lo considere. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos; una vez lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OIC-IMSS, a fin de que inicie el procedimiento que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho humano a la protección a la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, así como las Guías de Práctica Clínica: GPC-Valoración Geriátrica, GPC- Terapia de Reemplazo Renal, GPC-Diagnóstico y Tratamiento de la ERC, GPC- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis y la GPC-Diagnóstico del Desequilibrio Ácido-Base, citadas en esta Recomendación, dirigido al personal médico de los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HGZ-1, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de seguir en activos laboralmente, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Nefrología del HGZ-1, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de seguir en activos laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

138. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH