



RECOMENDACIÓN NO. 78/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 Y VI2, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 18 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TORREÓN, COAHUILA

Ciudad de México a, 30 de mayo de 2025.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º, 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; así como 128 a 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2024/1045/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 18 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.

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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Queja Médica, interpuesta ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	QM
Carpeta de Investigación en trámite con la autoridad Ministerial.	CI
Opinión Especializada en Materia de Medicina	Opinión Médica



4. En la presente Recomendación, se hace la referencia a distintas instituciones, ordenamientos jurídicos y Normas Oficiales Mexicanas; así como, organismos internacionales de derechos humanos, por lo que se harán con las siglas acrónimos y abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán identificarse como sigue:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/ Organismo Nacional/ Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos CrIDH	CrIDH
Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 18 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila	HGZ No. 18
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC
Suprema Corte de Justicia de la Nación SCJN	SCJN
Centro Penitenciario Varonil de Torreón, Coahuila	Centro Penitenciario
Fiscalía General del Estado de Coahuila de Zaragoza	FGEC
Fiscalía General de la República	FGR



NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidado intensivos.	NOM-025-SSA3-2013
Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado	NOM-EM-033-SSA3-2022

I. HECHOS

5. El 16 de enero de 2024, QVI presentó queja ante la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, la cual por razón de competencia se remitió a esta Comisión Nacional. En ella, manifestó que V fue trasladado el 8 de enero de 2024, del Centro Penitenciario donde se encontraba privado de la libertad al HGZ No. 18, ya que presentaba síntomas relacionados con su padecimiento de diabetes, donde el 14 de ese mes y año, le fue amputada la pierna



izquierda. Además, señaló que cuando VI1 quiso agendar una cita con el médico cirujano le fue informado que, V estaba dado de alta del Servicio de Cirugía General y también lo darían de alta de Medicina Interna, con el comentario que presentaba insuficiencia cardiaca y problemas en el hígado. Posteriormente, el 22 de enero de 2024, QVI informó a esta Comisión Nacional que, V fue trasladado al Centro Penitenciario donde su estado de salud se agravó, por lo que ingresó nuevamente al HGZ No. 18, donde falleció el 20 de enero de 2024.

6. Por los hechos narrados, se inició en esta Comisión Nacional el expediente **CNDH/PRESI/2024/1045/Q**, a fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V; además, se solicitó la colaboración de la Dirección General de Centros Penitenciarios Estatales de Coahuila, de la FGEC y de la FGR, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Oficio SV-057/2024 de 16 de enero de 2024, del personal de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, por la cual remitió a esta Comisión Nacional, el acta circunstanciada de 16 de enero de 2024, en la cual se hizo constar que, QVI refirió presuntas irregularidades en la atención médica de V atribuible a personas servidoras públicas de la HGZ No. 18 del IMSS en Torreón, Coahuila.



8. Acta circunstanciada de 22 de enero de 2024, elaborada por personal de este Organismo Nacional, donde se hizo constar comunicación telefónica sostenida con QVI, quien informó que V falleció el 20 de enero de 2024.

9. Certificado de defunción de V, aportado por QVI el 6 de febrero de 2024.

10. Acta circunstanciada de 7 de febrero de 2024, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la que hizo constar que QVI aportó protocolo de necropsia de 20 de enero de 2024, practicado a V por PSP1 perito médico forense de la FGEC, y copia del expediente clínico de V en el IMSS.

11. Oficio DGCPE/72/2024 de 20 de febrero de 2024, suscrito por PSP2 encargada de la Dirección General de Centros Penitenciarios Estatales del estado de Coahuila, mediante el cual, anexó resumen médico de 14 de febrero de 2024, elaborado por PSP3 Jefe del Departamento Médico del Centro Penitenciario, en el que se indicó que, el 19 de enero de 2024, V fue recibido en el Centro Penitenciario, se encontró estable durante las primeras horas; no obstante, durante la noche se notó “insuficiente”, y en la madrugada del 20 de enero de 2024, fue trasladado nuevamente al HGZ No. 18, donde falleció.

12. Correo electrónico de 22 de febrero de 2024, del personal adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó expediente clínico respecto de la atención otorgada a V en el HGZ No. 18, del cual destacan las siguientes constancias:

12.1 Triage y nota inicial del Servicio de Urgencias de 8 de enero de 2024, a las 13:00 horas, elaborada por personal médico adscrito al Servicio de Urgencias que no anotó su nombre y su matrícula es ilegible.



12.2 Nota de revaloración de 8 de enero de 2024, a las 15:20 horas, elaborada por AR2 médica adscrita al Servicio de Urgencias.

12.3 Triage y nota inicial del Servicio de Urgencias, nota de ingreso urgencias adultos a las 16:00 horas; y, notas médicas y prescripción a las 16:15 horas, ambas del 8 de enero de 2024, elaboradas por AR3 médica adscrita al Servicio de Urgencias.

12.4 Nota de evolución urgencias adultos T.N. de 9 de enero de 2024, a las 2:20 horas, elaborada por AR4, personal médico urgenciólogo, y personal médico residente no identificable.

12.5 Indicaciones médicas de 9 de enero de 2024, a las 8:23 horas, elaborada por personal médico residente no identificable.

12.6 Notas médicas y prescripción, nota de evolución matutina, de 9 de enero de 2024, a las 9:20 horas, elaborada por AR5 personal médico urgenciólogo y personal médico residente no identificable.

12.7 “Nota de hemodiálisis”, elaborada por AR6 médica adscrito al Servicio de Nefrología, así como personal médico residente no identificable, a las 13:42 horas del 9 de enero de 2024, en la que se asentaron resultados de laboratorios incompletos, sin especificar la fecha y la hora.

12.8 Nota de evolución vespertina de 9 de enero de 2024, a las 15:50 horas, y hoja de indicaciones médicas de 16:59 horas, elaboradas por AR3 y personal médico residente no identificable.



12.9 “Historia Clínica de Medicina Interna”, de 9 de enero de 2024, sin precisar hora, elaborada por un médico interno de pregrado no identificable.

12.10 Nota de 10 de enero de 2024, a las 13:00 horas, elaborada por AR7 personal médico cirujano general, en la que dio de alta a V del Servicio.

12.11 Nota de 10 de enero de 2024, a la 19:07 horas, realizada por AR8 personal médico cirujano general y personal médico residente no identificable, mediante el cual dieron de alta a V del Servicio.

12.12. Nota de revaloración de 11 de enero de 2024, a las 19:00 horas, elaborada por AR9 médico cirujano general, en la que asentó que no estaba indicado en V, un tratamiento quirúrgico urgente.

12.13 Nota de 12 de enero de 2024, a las 9:30 horas, elaborada por AR7 en la que asentó que V no ameritaba manejo por cirugía general y lo dio de alta del Servicio de Cirugía General.

12.14 Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17, de 13 de enero de 2024, a las 22:30, elaborada por AR10 médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

12.15 Notas de 13 de enero de 2024, a las 23:00 horas, así como de 14 de enero a las 12:00 y 16:00 horas, elaboradas por AR10.

12.16 Indicaciones médicas y nota de medicina interna vespertino de 15 de enero de 2024, a las 15:00 horas, elaboradas por PSP4, personal médico con nombre completo ilegible.



12.17 Nota de 16 de enero de 2024, a las 9:20 horas, elaborada por AR11 médica con matrícula y nombre incompleto ilegible, mediante el cual dio de alta hospitalaria a V.

12.18 Nota de egreso y contrarreferencia de 16 de enero de 2024, elaborada por AR12 médica internista, mediante la cual indicó la salida de V del HGZ No. 18.

12.19 Nota médica y prescripción de 20 de enero de 2024, a las 03:58 horas, elaborada por AR4, médico urgenciólogo, en la que se hizo constar que V fue trasladado del Centro Penitenciario al HGZ No. 18 y diagnosticó infección de muñón por amputación.

12.20 Nota de ingreso servicio de urgencias, de 20 de enero de 2024, a las 4:38 horas, elaborada por AR13, médica cirujana general, mediante la cual indicó su ingreso a piso de Cirugía General.

12.21 Nota médica agregada de 20 de enero de 2024, a las 11:40 horas, elaborada por PSP5, adscrito al servicio de urgencias, mediante el cual reportó el fallecimiento de V a las 8:30 horas.

13. Correo electrónico de 28 de febrero de 2024, del personal adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, por el que remitió escritos, resúmenes y constancias de los médicos que atendieron a V durante su estancia en el HGZ No. 18.



13.1 Informe sin fecha de AR1 médico familiar adscrito al área de urgencias primer contacto, en el que refiere la atención que brindó a V, el 8 de enero de 2024, a las 13:00 horas.

13.2. Informe de 14 de febrero de 2024, suscrito por PSP6 medico no familiar internista, en la que se señala la atención que brindó a V el 10 de enero de 2024 a las 23:00 horas, la cual hizo constar en nota de evolución y formato de interconsulta a especialidad.

13.3 Constancia de 14 de febrero de 2024, elaborada por PSP4 médica internista del turno vespertino, en la que asentó que participó en la atención de V los días 10, 11, 12 y 15 de enero de 2024.

13.4 Constancia de 14 de febrero de 2024, elaborada por PSP7 médico internista del turno de jorna acumulada (6:45 a 23:00 horas), en la que asentó su participación en la atención otorgada a V los días 13 y 14 de enero de 2024.

13.5 Resumen médico de 14 de febrero de 2024, elaborada por la AR11 médica adscrita al Servicio de Cirugía General, en la que se refiere que V quedó a su cargo a partir del 16 de enero de 2024, siendo el 19 de ese mes y año que decidió su egreso del HGZ No. 18.

14. Opinión Médica de 11 de noviembre de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se concluyó que la atención proporcionada a V del 8 al 20 de enero de 2024, en el HGZ No. 18 fue inadecuada.

15. Acta circunstanciada de 11 de marzo de 2025, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar recepción de correo electrónico enviado por QVI



mediante el cual informó que VI1 presentó denuncia ante la FGR y adjuntó acuerdos de inscripción de V y VI1 en el Registro Nacional de Víctimas derivado de la CI2 radicada en la FGR.

16. Correo electrónico de 20 de marzo de 2025, por el Agente del Ministerio Público de la FGEC, al que adjuntó oficio 041/2025 de 20 de marzo de 2025, suscrito por el Agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación y Litigación de Homicidios Violentos Mesa I, en el que refiere que el 20 de enero de 2024 se radicó CI1 la cual estaba en integración susceptible de ser determinada.

17. Correo electrónico de 26 de marzo de 2025, por el personal de la FGR al cual adjuntó el oficio FGR/FEMDH/USQR/1611/2025 de 20 de marzo de 2025, suscrito por el titular de la Unidad de Seguimiento a Quejas, Conciliaciones y Recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de la FGR, por el cual comunicó la radicación de la CI2 la cual estaba en integración.

18. Correo electrónico de 26 de marzo de 2025, del personal de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, el cual informó a esta Comisión Nacional que, respecto a los hechos materia de esta Recomendación, dicho Instituto no cuenta con antecedente de procedimiento de responsabilidad patrimonial, recurso de inconformidad, juicio de amparo; sin embargo, si cuenta con una investigación médica a través de la QM la cual ya se determinó.

19. Correo electrónico de 27 de marzo de 2025, del personal del Departamento de personal del IMSS, el cual informó a esta Comisión Nacional de la situación laboral de las personas servidoras públicas involucradas en el presente caso.



20. Correo electrónico de 27 de marzo de 2025, del personal del IMSS, el cual informó a esta Comisión Nacional de la situación laboral de las personas servidoras públicas involucradas en el presente caso y adjuntó el acuerdo de 30 de octubre de 2024, por el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, resolvió la QM como improcedente desde el punto de vista médico.

21. Acta circunstanciada de 2 de abril de 2025, en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI ocasión en la cual indicó que se comunicaría con su abogado para que éste proporcionara los detalles de los procesos jurídicos que se tienen al respecto de los hechos. Al respecto el abogado de QVI informó que la CI2 estaba en trámite y hasta ese momento no se ha llegado a un acuerdo reparatorio.

22. Correo electrónico de 20 de mayo de 2025 del Agente del Ministerio Público de la FGEC, mediante el cual remitió a este Organismo Nacional el oficio 081/2025 de esa misma fecha, suscrito por el Agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación y Litigación de Homicidios Violentos Mesa I, por el que informó que la CI1 se encuentra en trámite y en estudio para una posible determinación.

23. Correo electrónico de 22 de mayo de 2025 enviado por personal del IMSS a esta Comisión Nacional, al que adjuntó información relacionada con AR9.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. Esta Comisión Nacional, contó con evidencia de la existencia de la CI1, la cual se inició por la presentación de la denuncia de VI1 el 20 de enero 2024, ante la



FGEC por el fallecimiento de V, en la cual se informó que se encuentra en trámite, susceptible a determinación.

25. Además, se contó con la evidencia de que, el 14 de junio de 2024, VI1 presentó denuncia ante la FGR iniciándose la CI2, autoridad que solicitó a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas su inscripción y la de V, en el Registro Nacional de Víctimas, dicha indagatoria se encuentra en integración. Derivado de lo anterior, V y VI1 cuentan con REFEEVI y RENAUI.

26. De igual manera, se evidenció que la Comisión Bipartita realizó una investigación relacionada con los hechos materia de esta Recomendación, por lo que radicó la QM, la cual se determinó mediante acuerdo del 30 de octubre de 2024 como improcedente desde el punto de vista médico.

27. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se contó con evidencia de que se hubiese iniciado por parte de QVI, VI1 o VI2 y con motivo de los hechos de la queja, algún procedimiento administrativo ante el OIC.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

28. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/1045/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la



protección de la salud, a la vida por inadecuada atención médica y al trato digno en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, que omitieron efectuar un adecuado interrogatorio y exploración física completa para diagnosticar la insuficiencia arterial que presentaba V, la cual era una urgencia absoluta que requería manejo multidisciplinario, así como valoración previa a su egreso del HGZ No. 18. Además, AR4 y AR13, omitieron realizar un adecuado interrogatorio y exploración física, para sospechar la presencia de tromboembolia pulmonar, complicación que requería un manejo multidisciplinario urgente, y que lo llevó a su fallecimiento, debido a las consideraciones que se exponen a continuación.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

29. 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 a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.¹

¹ “(...) 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,



30. 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”.²

31. El párrafo 1º del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma 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 (...)”

32. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, ha señalado 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.*³

33. Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan “(...) formular recomendaciones a las autoridades competentes (...)”⁴.

Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párrafo 33.

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

³ CNDH, Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, del 23 de abril de 2009, párrafo 21.

⁴ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos “Principios de París”.



34. Al respecto, el artículo 2, fracción V de la LGS 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.”

35. En ese sentido, la SCJN señaló que las instituciones de salud pública deben garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas usuarias, brindando asistencia médica y tratamiento de forma oportuna, permanente y constante; para lo cual se debe tomar en consideración el estado de salud de los pacientes; así como sus requerimientos médicos y clínicos; además de proveerles el tratamiento indispensable para evitar la progresión de la enfermedad.⁵

36. Por su parte, la Constitución de la OMS afirma *que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*; para lo cual, los Estados deben garantizar que el servicio público de prestación de salud cumpla cuando menos, con las siguientes características:

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

Accesibilidad: garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la

⁵ “Derecho humano a la salud. La asistencia médica y el tratamiento a los pacientes usuarios de alguna institución que integre el sistema nacional de salud debe garantizarse de forma oportuna, permanente y constante”, *SEMENARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN*, marzo de 2021, registro 2022890.



población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

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

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

A.1. ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA DE V

37. El presente caso se trata de V residente del Centro Penitenciario desde julio de 2023, de 59 años, contaba con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina y glibenclamida, dislipidemia⁶, ambos padecimientos con 11 años de evolución, sin apego a la terapéutica farmacológica, ni con medidas higiénico-dietéticas establecidas por los médicos penitenciarios; además, consumo de alcohol y estupefacientes por 25 años sin especificar cantidades ni frecuencia.

A.2. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGZ No. 18

38. El 8 de enero de 2024, V fue trasladado del Centro Penitenciario al Servicio de Urgencias del HGZ No. 18, donde a las 13:00 horas, fue atendido por personal médico que no anotó su nombre en el formato “Triage y nota inicial del servicio de urgencias” y su matrícula es ilegible; sin embargo, se pudo conocer que se trató de

⁶ Alteración en los niveles de colesterol y triglicéridos.



AR1 médico familiar adscrito al área de urgencias, toda vez que así lo manifestó en su informe rendido con relación al caso.

39. A su ingreso al Servicio de Urgencias de primer contacto del HGZ No. 18, V informó a AR1 que presentaba malestar general y dificultad para respirar; por lo que realizó exploración física encontrándolo con aumento de la frecuencia cardiaca de 107 latidos por minuto (valor normal de 60-100), aumento de la frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto (valor normal de 16-20), resto de los signos vitales normales, escala de Glasgow⁷ normal de 15 puntos, consciente, mal hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos de irritación peritoneal, miembros inferiores con edema ++ (inflamación moderada). Además, reportó rayos X de tórax que indicaron cardiomegalia grado 3⁸, por lo que integró los diagnósticos de insuficiencia cardiaca a descartar insuficiencia renal e indicó manejo con solución fisiológica y laboratorios.

40. A las 15:20 horas, V fue revalorado por AR2, especialista en medicina familiar, a quien manifestó que inició sintomatología hacía 3 semanas, con dolor abdominal generalizado, acompañado de malestar general, exacerbación de síntomas, edema de miembros inferiores y sensación de falta de aire; por lo que realizó exploración física encontrándolo consciente orientado, coloración amarillenta en la piel, regular estado de hidratación, campos pulmonares bien ventilados, concentración de oxígeno en sangre normal 100%, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada, peristalsis presente, extremidades íntegras.

⁷ Valora el estado de conciencia, normal 15 puntos.

⁸ Agrandamiento anormal del corazón y el grado 3 indicaba un índice cardiorácico de 0.56 a 6.60, valor normal menor a 0.50. Opinión Médica CNDH.



41. También reportó placa de rayos X que concluyeron “cardiomegalia sin datos de consolidación sin datos de derrame pleural” y reportó en su nota, estudios de laboratorio que significaban falla pancreática, hepática, renal aguda, con daño de los tejidos por elevación de la deshidrogenasa láctica⁹, aumento de niveles de glucosa, desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de disminución de sodio y aumento de potasio, por lo que integró los diagnósticos de probable coledocolitiasis¹⁰, enfermedad renal crónica agudizada, desequilibrio hidroelectrolítico, probable pancreatitis e indicó su ingreso al servicio de urgencias adultos para continuar protocolo y evitar complicaciones.

42. A las 16:00 horas, V ingresó al Servicio de Urgencias adultos donde fue valorado por AR3, urgencióloga, quien en su nota asentó que V refirió dificultad para respirar, mareo, dolor de cabeza, ansiedad e inflamación de manos y pies, producción excesiva de orina, dolor de pies y malestar general de 3 semanas de evolución, así como dolor abdominal difuso; a la exploración física lo encontró con “...aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria de 107 latidos y 22 respiraciones por minuto, respectivamente, ...(..)...con coloración amarillenta en la piel, mucosas subhidratadas [por debajo de lo normal], ..(...)... signo de Murphy dudoso¹¹, extremidades íntegras con edema +, llenado capilar retardado de 4 segundos (valor normal menor a 2 segundos)”; reportó laboratorios e integró los

⁹ Está presente en todos los tejidos y su elevación indica enfermedad, lesión o infección.

¹⁰ Presencia de un cálculo biliar en el conducto del colédoco procedente de la vesícula biliar o del mismo colédoco.

¹¹ Se realiza cuando el paciente realiza una inspiración profunda mientras se palpa o comprime el área de la vesícula biliar y es un signo clínico de colecistitis que es inflamación de la vesícula biliar.



diagnósticos de hiperkalemia¹², hiponatremia¹³, desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes mellitus tipo II descontrolada y colangitis¹⁴.

43. El 9 de enero de 2024 a las 2:20 horas, V fue valorado por AR4, médico urgenciólogo, y un médico residente, reportándolo con disminución de la presión arterial (95/60 mmHg) y aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria de 110 latidos y de 23 respiraciones por minuto, resto de signos vitales dentro de valores normales, con coloración amarillenta en la piel, mucosas subhidratadas, ruidos cardiacos de baja intensidad y frecuencia con tendencia a la hipotensión arterial, abdomen sin alteraciones y “extremidades íntegras con buen llenado capilar distal y fuerza muscular 5/5 en las cuatro extremidades...” (sic). Además, mediante ultrasonido se demostró que V cursaba con inflamación de la vesícula biliar y riñones, por lo que se descartó pancreatitis y colangitis diagnosticados por AR2 y AR3; solicitaron pruebas para descartar hepatitis, agregaron esteroides ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal¹⁵ y establecieron un diagnóstico ligado a evolución.

44. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional AR1, AR2, AR3 y AR4, así como médico residente, durante sus valoraciones omitieron realizar interrogatorio y exploración física completa a V; en el caso de AR1, referente a la dificultad para respirar de V, para identificar su origen ya sea cardíaco o respiratorio y poder solicitar pruebas complementarias idóneas; omitió efectuar una evaluación médica correlacionada con la historia clínica del paciente, al detectar su

¹² Aumento de niveles de potasio en sangre.

¹³ Disminución de los niveles de sodio.

¹⁴ Enfermedad que se caracteriza por la inflamación de los conductos biliares y que puede ser causada por una infección bacteriana o por una reacción autoinmune

¹⁵ Las glándulas suprarrenales no producen hormonas denominadas cortisol y aldosterona.



incapacidad para completar frases antes de detenerse y tomar aire; también observar simetría de movimientos respiratorios, signos de anemia o cianosis¹⁶; realizar percusión a nivel torácico, auscultación. A nivel cardíaco, buscar signos de presiones mayores en las cavidades derechas, disfunción del ventrículo izquierdo y valvulopatías o soplos. Observar el abdomen para determinar si existía elevación de éste de forma anormal que sugiriera edema pulmonar. Además, considerar sus antecedentes de riesgo como la diabetes mellitus tipo 2 y niveles de colesterol para el desarrollo de la oclusión de los vasos sanguíneos de ambos miembros pélvicos.

45. Además, AR2, AR3 y AR4 debieron realizar un interrogatorio y exploración física que incluyera toma de signos vitales, efectuar una adecuada semiología del dolor abdominal, síntomas acompañantes como náuseas, vómito, coloración de orina, ictericia, si cursaba con distensión abdominal, venas varicosas en su pared, presencia de masa y/o resistencia, signo de Murphy para identificar la presencia de coledocolitiasis¹⁷, indagar la presencia de pancreatitis por medio de la triada de Charcot¹⁸, aplicar los criterios de Tokio para descartar colangitis¹⁹.

46. En relación con la inflamación moderada de extremidades inferiores reportadas, AR1, AR2, AR3 y AR4, debieron investigar la presencia del dolor, el tipo, si tenía sensación anormal como hormigueo, palidez, claudicación²⁰, explorar la presencia de pulsos u otros impedimentos para caminar e inspeccionar piernas y pies, realizar un índice tobillo brazo para detectar enfermedad arterial periférica. También

¹⁶ Coloración morada por falta de flujo sanguíneo. Opinión Médica CNDH.

¹⁷ Dolor agudo y la detención de la respiración que experimenta un paciente al realizar una inspiración profunda mientras se le palpa o comprime el área de la vesícula biliar.

¹⁸ Dolor agudo en epigastrio que se irradia hacia la espalda e ictericia.

¹⁹ Signo de Murphy positivo, masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho, evidencia la presencia de fiebre y/o escalofríos.

²⁰ Calambre o fatiga en un grupo muscular de extremidades inferiores. Opinión Médica CNDH.



debieron solicitar electrocardiograma urgente y estudios de gabinete para identificar insuficiencia cardíaca aguda, corregir la hiperglucemia y el desequilibrio hidroelectrolítico; solicitar tomografía y ultrasonido abdominal urgente, ultrasonido Doppler, angiogramía y /o resonancia de los miembros inferiores.

47. Además, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se estableció que debieron solicitar valoración por los servicios de medicina interna, cardiología, nefrología, angiología y cirugía general, este último para que determinara si V era candidato a procedimiento quirúrgico para la coledocolitiasis diagnosticada, instaurar monitoreo cardíaco continuo, control de líquidos, manejo de dolor abdominal e iniciar antibiótico empírico por la colangitis diagnosticada.

48. De haber realizado AR1, AR2, AR3 y AR4 todo lo anterior durante sus valoraciones a V, se hubieran percatado que cursaba con una enfermedad arterial periférica de miembros inferiores, lo cual era una urgencia absoluta que ponía en peligro su vida, por lo que su retardo y sus desatenciones desencadenaron en un inadecuado protocolo de estudio y su posterior fallecimiento, contraviniendo lo dispuesto por los artículos 32 de la LGS y 7 del RPM-IMSS; los numerales 4.11 y 6.1 de la NOM-004-SSA3-2012.

49. De acuerdo con el análisis realizado al expediente clínico de V en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió estudio gasométrico arterial de 8 de enero a las 21:53 horas y “balance hídrico en 24 horas” de esa misma fecha -con nombre del personal de enfermería ilegible, y electrocardiograma practicado el 9 de enero de 2024, a las 2:30 horas, de los que se desprende que V persistía con acidosis metabólica, se encontraba reteniendo líquidos y cursaba con interrupción parcial de la conducción del impulso cardíaco de predominio izquierdo, obstrucción antiguo de flujo sanguíneo de una arteria coronaria y engrosamiento de la pared de



la aurícula izquierda -la cual cumple la función de bombeo principal y del corazón-, por lo que requería la valoración por el servicio de cardiología y medicina interna para manejo en conjunto del paciente con insuficiencia arterial aguda de miembro pélvico izquierdo, lo que pasó desapercibido hasta ese momento de su atención médica.

50. Además, la especialista de este Organismo Nacional abundó que se advirtieron resultados de laboratorio de las 3:27 horas que demostraban que V contaba con daño cardíaco, tejidos o pared vascular por elevación alarmante de creatina fosfocinasa con valores de 3811 U/L, siendo el valor normal 39-308 U/L; falla hepática, aumento de los niveles de glucosa, ácido úrico, desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de aumento de potasio, disminución de cloro, sodio y de plaquetas, lo cual podía tener como consecuencia sangrado grave en cualquier parte del cuerpo, así como probable rabdomiólisis,²¹ por elevación diez veces por arriba del rango normal de creatina fosfocinasa, condiciones que ponían en peligro la vida del paciente ante el riesgo de cursar con arritmias, falla renal y muerte, las cuales debieron ser advertidas y tratadas oportunamente, lo cual no sucedió.

51. A las 5:34 horas, a Opinión Médica de este Organismo Nacional, y de acuerdo con los resultados de laboratorio que obran en el expediente de V, cursaba con aumento de glucosa en sangre, falla renal aguda por elevación de toxinas urémicas, magnesio, desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de disminución de sodio, aumento de potasio, lo cual podían condicionar irregularidades en el latido del corazón y en los casos más graves causar un ataque cardíaco, por lo que su estado de salud era crítico, manifestado clínica y bioquímicamente.

²¹ Destrucción de las fibras musculares con salida de contenido intracelular a la circulación sistémica, lo que es potencialmente tóxico.



52. No obstante, a las 8:23 horas, V fue valorado por personal médico de base y residente, de quienes se desconocen sus datos de identificación, ya que no asentaron su nombre; quienes omitieron instaurar manejo médico para rabdomiólisis, lo cual a Opinión Médica de esta Comisión Nacional debió haber sido de manera precoz para mantener o mejorar la función renal; además, realizar mediciones de sodio y potasio cada dos horas, durante las primeras 24 horas ante la instauración de medidas enfocadas en su corrección, nivel de glucosa capilar, así como determinaciones de electrolitos en sangre cada 6 horas, estimación de diuresis horaria 2ml/kg/hora (catéter urinario), monitoreo de PH urinario y la densidad urinaria; así como evaluar el balance hídrico cada 3 horas.

53. De igual forma, no solicitaron ultrasonido Doppler, angiogramografía y/o resonancia de los miembros inferiores para diagnosticar la localización anatómica y la severidad de la estenosis en pacientes con enfermedad arterial periférica sintomática; valoración por angiología ante la insuficiencia arterial aguda de miembro pélvico izquierdo a la Unidad de Cuidados intensivos; valoración por medicina interna por las alteraciones electrocardiográficas y químicas reportadas, ante el riesgo de presentar arritmias cardiacas mortales por elevación alarmante de los niveles de potasio y elevación de creatina fosfocinasa, lo que ameritaba cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día.

54. A las 9:20 horas, V fue valorado por AR5, (que no anotó nombre completo, solo matrícula), y un médico residente quienes lo reportaron a la exploración física “(...) *con adecuada coloración e hidratación de tegumentos y mucosas (...) extremidades íntegras sin edema, fuerza muscular conservada*” e integraron los diagnósticos de



hiperkalemia severa refractaria²², urgencia dialítica y dolor abdominal en estudio, lo cual de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, fue incongruente con las notas efectuadas el 8 de enero a las 13:00 y 15:20 horas, por AR1 y AR2, respectivamente, en las que se reportó a V con inflamación moderada y coloración amarillenta en la piel; por lo que se consideró que AR5 y el médico residente omitieron realizar un adecuado interrogatorio que incluyera características de dolor abdominal, coloración de piel y tegumentos, indagar la presencia de náuseas, vómito, pérdida de peso no intencional, prurito, fatiga, anorexia, masa palpable en abdomen y sudores nocturnos que sugirieran la presencia de malignidad en vía biliar, acolia²³ y coluria.²⁴

55. Además, realizaron una inadecuada exploración de miembros pélvicos y omitieron realizar un índice de tobillo brazo para detectar enfermedad arterial periférica; palpar pulso de la aorta femoral, poplíteos, dorsales, pedios y tibiales posteriores; documentar la presencia de soplos, temperatura, coloración de la piel, disminución de la sensibilidad al tacto fino, percepción de vibración y propiocepción en especial de la cara dorsal del pie.

56. A Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR5 y el médico residente también desestimaron que V contaba con valores altos de creatina fosfocinasa, por lo que requería control estricto de sodio, potasio, calcio, glucemia, creatinina, urea, búsqueda de foco infeccioso, ecocardiograma para descartar compromiso miocárdico, estimación de diuresis cada 2 horas y balance hídrico cada 3,

²² Alteración electrolítica grave causada por elevación en los niveles de potasio en sangre secundario a falla renal. Opinión médica CNDH.

²³ Decoloración de las heces.

²⁴ Orina color similar a la coca cola.



ultrasonido Doppler, angiotomografía y/o resonancia de miembros inferiores; así como solicitar valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos para su manejo.

57. A las 13:42 horas, V fue valorado por AR6, nefróloga, así como por dos personas médicos residentes, quienes reportaron que a la exploración física presentaba diuresis preservada, y asentaron resultados de laboratorios sin especificar la fecha y la hora, señalando mejoría de valores de nitrógeno 46mg/dL (valor normal 6.0 a 23.0 mg/dL) e hipocalcemia (disminución de niveles de calcio), sin que reportara la cifra ni el resto de los resultados; no obstante, en la Opinión médica de este Organismo Nacional se pudo establecer que los estudios reportados fueron realizados el 9 de enero a las 9:35 horas, los cuales documentaron valores de creatina fosfoquinasa sugestivos de probable rhabdomiólisis, por lo que V requería de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos por tratarse de una urgencia absoluta, ya que es causante de falla renal, arritmias cardíacas, síndrome compartimental²⁵, shock hipovolémico, pérdida grave de sangre o de otro líquido que hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo y /o coagulación intravascular diseminada²⁶, por lo que omitieron realizar una adecuada exploración física de extremidades inferiores; un índice tobillo-brazo para detectar enfermedad arterial periférica; solicitar estudios de gabinete ante la sospecha de isquemia cardíaca aguda; además, solicitar ultrasonido Doppler, angiotomografía y/o resonancia de los miembros inferiores, e interconsulta por cardiología y angiología.

58. A las 15:50 y 16:59 horas, V fue valorado por AR3, urgencióloga, y un médico residente, quienes en su nota de evolución reportaron a V "(...) *extremidades*

²⁵ Afección grave que implica aumento de la presión de un compartimiento muscular.

²⁶ Trastorno en el cual se forman pequeños coágulos de sangre en el torrente sanguíneo



íntegras sin edema, (...)”, laboratorios de control con creatinina fosfocinasa elevada de 2448 U/L, y presencia de “...pH 7.47, PCO₂ 24, HCO₃ 19.7”, que significaba la presencia de alcalosis respiratoria²⁷ señalando diagnóstico de hepatopatía en estudio y rabdomiólisis; solicitaron su ingreso a medicina interna para tratamiento establecido y señalaron un pronóstico reservado a evolución; sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, AR3 y el médico residente, no describieron los signos clínicos reportados el 8 de enero de 13:00 y 15:20 horas por AR1 y AR2, respectivamente; que señalaban que V presentaba inflamación moderada en extremidades y coloración amarillenta en la piel por lo que omitieron considerar sus antecedentes crónicos degenerativos como la diabetes mellitus que conllevaba fragilidad capilar, realizar una adecuada exploración física, así como un índice tobillo brazo para detectar enfermedad arterial periférica, palpar pulsos de la aorta femoral, poplíteos, dorsales, pedios y tibiales posteriores, documentar la presencia de soplos, temperatura, disminución de la sensibilidad al tacto fino, percepción de vibración y propiocepción en especial de la cara dorsal del pie.

59. Aunado a lo anterior, AR3 y el médico residente desestimaron resultados de laboratorio de ese mismo día a las 3:27 horas, donde se documentó valores de creatinina fosfocinasa de 3811 U/L, lo que requería tratamiento médico por probable rabdomiólisis, solicitar ultrasonido Doppler, angiotomografía y/o resonancia de miembros inferiores, así como solicitar valoración por medicina interna, unidad de cuidados intensivos, cardiología y nefrología para su manejo.

²⁷ Trastorno del equilibrio ácido base, asociado a una hiperventilación o respiración rápida sin evidencia de trastorno metabólico.



60. En la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional se determinó que AR de quien no se pudo establecer su nombre, AR5, AR6, así como AR3, y los médicos residentes bajo su supervisión, durante sus intervenciones a V incumplieron con lo establecido por los artículos 32 de la LGS y 7 del RPM-IMSS, y los numerales 5.5.1.2.1 y 5.5.1.2.2 de la NOM-025-SSA3-2013, y la NOM-004-SSA3-2012, numerales 4.11 y 6.1, toda vez que desencadenaron en un inadecuado protocolo de estudio en V.

61. De la “Historia Clínica Medicina Interna” elaborada por médico interno de pregrado, quien no precisó su nombre completo, se pudo conocer que el 9 de enero de 2024, V ingresó al servicio de medicina interna; sin embargo, no se anotó la hora, por lo que no fue posible establecerse; además, en la elaboración de documento se pasó inadvertido la coloración icterica y la inflamación moderada reportada a su ingreso; además, se reportaron laboratorios de control (sin que especificara fecha y hora de toma), así como electrocardiograma (sin especificar la fecha de realización), integrándose los diagnósticos de desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedad renal crónica agudizada, probable coledocolitiasis, probable pancreatitis y diabetes mellitus tipo II en descontrol, estableciendo un pronóstico reservado a evolución.

62. En ese sentido, en la Opinión Médica que emitió este Organismo Nacional, se pudo establecer que la pancreatitis y la coledocolitiasis diagnosticadas por médico interno de pregrado, eran patologías que fueron descartadas el 9 de enero de 2024 a las 2:20 horas por AR4, por lo que se considera que el médico tratante o adscrito al turno del Servicio de Medicina Interna, omitió supervisar al médico interno de pregrado incumpliendo con la NOM-EM-033-SSA3-2022 y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.



63. A las 13:00 horas, de 10 de enero de 2024, V fue valorado por AR7, médico cirujano general, que estableció en su nota de valoración que el daño abdominal que V presentaba podría ser secundario a un infarto agudo al miocardio o hepatitis evidenciado por laboratorios y electrocardiograma, sin síntomas gastrointestinales, ni signos de abdomen agudo no descartando enfermedad biliar por clínica, bioquímica y ultrasonido; sin embargo con cambios relacionados con enfermedad arterial periférica secundario a diabetes mellitus tipo 2, que “no ameritaba manejo quirúrgico”, por lo que ajustó manejo circulatorio, estableciendo un pronóstico malo y diagnosticó cardiopatía isquémica, descartar infarto agudo al miocardio anterior, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad arterial periférica pie izquierdo Fountaine IV²⁸, Routheford 5 isquemia crítica²⁹; diagnósticos que habían pasado desapercibidos desde el ingreso de V al HGZ No. 18; por lo que estableció como plan, su alta del servicio y solicitar nueva interconsulta con ecografía, indicó ultrasonido Doppler arterial urgente de miembro pélvico izquierdo, y medicamento que disminuye la cantidad de colesterol en sangre, así como antiagregante plaquetario, dio de alta del servicio de cirugía general y lo dejó a cargo de medicina interna.

64. A las 19:07 horas, V fue nuevamente valorado por personal del servicio de cirugía general, AR8, y un médico residente, que comentaron en su nota no contar con ultrasonido Doppler arterial de miembro pélvico izquierdo, por lo que establecieron como plan darlo de alta del servicio, sugiriendo solicitar ajuste en tratamiento antitrombótico y ajustar anticoagulante a dosis terapéutica, y establecieron un pronóstico reservado a evolución.

²⁸ Clasificación de la enfermedad arterial periférica y el grado IV significa gangrena establecida, lesiones tróficas o lesiones crónicas que afectan la piel y los tejidos subyacentes y que son difíciles de cicatrizar.

²⁹ Clasificación que ayuda a diferenciar la evolución de la enfermedad arterial periférica y el estado 5 significa pérdida ligera de tejido: úlcera no cicatrizante, gangrena focal con úlcera difusa del pie.



65. En ese contexto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, AR7 y AR8, así como el médico residente, omitieron realizar una adecuada exploración de miembro pélvico izquierdo, o bien derivarlo a otra unidad hospitalaria que contara con los recursos materiales y médicos necesarios para atender esta urgencia absoluta que requería manejo quirúrgico urgente, desestimando la extrema gravedad en la que se encontraba V al indicar su alta, ya que de haberlo hecho como era lo obligado se hubieran percatado que padecía de insuficiencia arterial aguda, pasando desapercibido los laboratorios que reportaban elevación de creatinina fosfoquinasa sugestivo de rabdomiólisis, incumpliendo con los artículos 32 de la LGS y 7 y 94 del RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012; la NOM-025-SSA3-2013, en sus apartados 5.5.1.2.1 y 5.5.1.2.2.

66. A la 23:00 horas, personal de salud, de la cual no se pudo establecer su nombre completo y matrícula, por encontrarse en la nota de evolución ilegible con letra a mano, ni servicio de adscripción; sin embargo, de su informe médico rendido el 14 de febrero de 2024, se pudo conocer que se trata de PSP6, urgenciólogo e intensivista, adscrito al servicio de medicina interna, quien valoró a V y elaboró hoja de interconsulta de especialidad urgente (en la que no se anotó la hora) dirigido a la Unidad Médica de Alta Especialidad número 71 dependiente del IMSS en Torreón, Coahuila, para su valoración por el servicio de angiología y cirugía vascular, y se determinara extensión de daño y alternativas terapéuticas, bajo los diagnósticos de enfermedad arterial, insuficiencia arterial crítica, miembro pélvico izquierdo Fontaine IV. En el mismo formato se escribió de puño y letra "(...) realizar USG Doppler arterial urgente y volver a presentar vía admisión continua (...)", manejo médico que se consideró adecuado en opinión de la especialista de este Organismo Nacional, al derivarlo con especialista para iniciar un protocolo de estudio, establecer un diagnóstico y brindar manejo óptimo.



67. El 11 de enero de 2024, a las 7:40 horas, se reportaron en el expediente clínico de V resultados de laboratorio que mostraron aumento de los niveles de glucosa, desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de disminución de calcio, aumento de ácido úrico y de las toxinas urémicas, probable rabdomiólisis, proceso infeccioso de origen a determinar por elevación de volumen plaquetario medio y neutrófilos.

68. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el 11 de enero de 2024, a las 15:15 y 16:30 horas, PSP4 y un médico residente, brindaron un manejo adecuado a V; sin embargo, a las 17:00 horas, PSP4 efectuó nota de evolución de medicina interna, que demostró una inadecuada exploración física, ya que lo reportó consciente, orientado, leve coloración amarillenta en la piel en escleras, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible con dolor a la palpación, miembro inferior izquierdo con acrocianosis distal³⁰, y lesión tipo isquemia en pulpejos y talón; dichas desatenciones ocasionaron un detrimento progresivo y severo de la vitalidad (sepsis y choque séptico). No obstante, estableció que aún estaba pendiente ultrasonido Doppler arterial de miembro pélvico izquierdo, el cual fue solicitado de manera urgente; además, que se encontraba sin manejo por el servicio de cirugía general de la insuficiencia arterial de miembro pélvico izquierdo, señalando un pronóstico malo para la función.

69. A las 19:00 horas, AR9, adscrito al servicio de cirugía general, reportó a V sin datos de isquemia ni necrosis, y asentó que el dolor se controlaba con medicamentos, por lo que un tratamiento quirúrgico urgente no estaba indicado, e indicó que se solicitara nueva interconsulta al contar con el ultrasonido Doppler.

³⁰ Afección que se caracteriza por una coloración azulada en la piel y las membranas mucosas, que se produce cuando la sangre tiene poco oxígeno



70. El 12 de enero de 2024, a las 7:52 horas, los resultados de laboratorio tomados a V, reportaron que V presentaba anemia leve, proceso infeccioso de origen a determinar, falla hepática, falla renal aguda en vías de remisión, desequilibrio hidroelectrolítico, inflamación pancreática y probable rabdomiólisis, discreta prolongación de tiempo de coagulación, aunado al aumento de la velocidad de agregación y reactividad plaquetaria, lo que condicionaba a riesgo inminente de hemorragia.

71. En esas condiciones, a las 9:30 horas, V fue valorado por AR7, que elaboró nota de contrarreferencia – sin anotar la hora- en la que asentó que V no ameritaba manejo quirúrgico por el momento, e indicó manejo medicamentoso para reducir riesgo de evolución y complicaciones, por lo que consideró su alta del servicio de cirugía general; a consulta externa de cirugía general con ultrasonido Doppler Dúplex arterial de miembro pélvico izquierdo e indicó cita abierta a urgencias; control por medicina familiar de clínica de adscripción y tratamiento; estableciendo un pronóstico bueno para la vida y malo para la función; sin embargo, a las 16:30 horas, PSP4 de manera correcta difirió el alta, toda vez que V presentaba descontrol metabólico importante, anotando un pronóstico reservado para la vida y la función; sin embargo, a Opinión de la especialista de esta Comisión Nacional, AR9 y AR7, omitieron efectuar una exploración completa de las extremidades inferiores, desestimando resultados de laboratorio de 11 de enero que documentaron probable rabdomiólisis y daño de la pared vascular que requería un manejo multidisciplinario urgente, incumpliendo con lo establecido en los artículos 32 de la LGS y 7 de del RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012 en sus numerales 4.11 y 6.1.

72. El 12 de enero de 2024, sin que se precise hora, se practicó a V ultrasonido Doppler de miembro pélvico izquierdo, del que según Opinión Médica de esta



Comisión Nacional se desprende que V cursaba con una falta de flujo sanguíneo crítico en el miembro pélvico izquierdo que ponía en peligro su función y la vida del paciente al estar comprometida la circulación arterial, requiriendo manejo médico multidisciplinario urgente, lo cual no se realizó.

73. El 13 de enero de 2024, a las 11:00, 16:44 y 18:41 horas, V fue valorado por PSP8 y PSP7, éste último adscrito al servicio de medicina interna, y agregaron antiplaquetarios a las indicaciones médicas, lo cual la especialista de este Organismo Nacional consideró un manejo médico adecuado; sin embargo, no pudo emitir opinión respecto de la atención que PSP7 proporcionó a las 18:41 horas, toda vez que no se contó en el expediente con sus indicaciones médicas.

74. A las 23:00 horas, AR10, adscrito al servicio de cirugía general, solicitó pase a cirugía para manejo de la insuficiencia arterial de vasos femorales y a las 12:00 horas, del 14 de enero de 2024, efectuó valoración preoperatoria, asignándole un riesgo quirúrgico ASA II³¹, Goldman II³², tipo de cirugía: urgente, estado de salud muy delicado, pronóstico malo para la función a corto plazo. Posteriormente, a las 15:30 horas, previa firma de consentimiento informado, realizó amputación supracondílea izquierda a V, encontrando isquemia crítica, el cual se llevó a cabo sin incidentes ni complicaciones, por lo que a las 17:45 horas indicó pase a piso para manejo conjunto de medicina interna y cirugía general, manejo médico y quirúrgico adecuado al efectuar valoración preoperatoria y amputación supracondílea en este paciente con oclusión arterial femoral severa.

³¹ Clasificación del estado físico otorgado por la Sociedad Americana de Anestesiología y el grado II significa que cursa con alguna enfermedad sistémica, pero compensada.

³² Índice de riesgo cardíaca que se utiliza en la valoración preoperatoria de cirugía no cardíaca, tipo de cirugía y el grado II eran complicaciones moderadas que requieren tratamiento farmacológico complejo y/o prolongan la internación



75. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, los resultados de laboratorio de 15 de enero de 2024 a las 08:49 horas, tomados a V y que obran en su expediente clínicos, demostraron que presentaba anemia leve, proceso infeccioso de origen a determinar, recuento bajo de los niveles de plaquetas, condiciones de laboratorio que requerían manejo multidisciplinario, lo cual no sucedió.

76. A las 15:00 y 15:30 horas, personal médico del cual no se puede establecer su nombre completo por encontrarse ilegible en sus notas; sin embargo, de su informe rendido el 14 de febrero de 2024, se pudo establecer que se trata de PSP4, reportó a V con aumento de la presión arterial leve de 140/80mmHG, resto de los signos vitales normales, señalando que V cursaba sus primeras 16 horas de post operado de amputación de miembro pélvico izquierdo, recabó laboratorio posquirúrgico de control (biometría hemática) - sin reportar resultados-, y asentó solicitud de cambio de servicio a cirugía general ya que por medicina interna no ameritaba hospitalización.

77. Cabe mencionar que en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que V en ese momento cursaba con cifras de presión arterial elevadas, a la cual PSP4 no proporcionó manejo para su corrección, ni indagó su origen, aunado a que se contaba en el expediente con electrocardiograma tornado el 09 de enero de 2024 con resultado “anormal” y sobrecarga ventricular izquierda, que pasaron desapercibidos para PSP4, incumpliendo con lo señalado con literatura médica especializada que señala que “... La HTA [hipertensión arterial] postoperatoria es frecuente y conlleva un aumento de eventos adversos tras la cirugía. El tratamiento de la HTA postoperatoria debería iniciarse después de descartar y tratar causas como el dolor la agitación, la hipoxia, la hipercapnia y la distensión vesical...”.



78. El 16 de enero de 2024 a las 9:20 horas, AR11, personal médico adscrito al servicio de cirugía general, cuyo nombre o matrícula en la nota correspondiente es ilegible; sin embargo, de su informe rendido el 14 de febrero de 2024, se pudo conocer su identidad, realizó valoración a V y asentó que cursaba sus 48 horas postoperatorias de amputación supracondílea, encontrándolo a la exploración física con adecuada evolución posterior a procedimiento quirúrgico, y no ameritaba hospitalización por dicho evento; además, podía ser egresado en cuanto el servicio tratante lo considerara, otorgó indicaciones, recetas y cita en la consulta externa de cirugía general en 3 semanas.

79. A la Opinión Médica de este Organismo Nacional AR10 y AR11, omitieron efectuar una exploración física completa, incluida toma de signos vitales, glicemia capilar, características de muñón secundario a amputación supracondílea, solicitar valoración por nefrología y cardiología ante el antecedente alteraciones electrocardiográficas reportadas el 09 de enero de 2024, desequilibrio metabólico (incremento de glucosa), completar esquema antibacterial, indicar toma estudios de laboratorio de control por la lesión renal aguda y mantener una vigilancia estrecha del muñón secundario a amputación supracondílea inferior izquierda.

80. El 16 de enero de 2024, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional V permanecía en condiciones regulares por la progresión de la pérdida de la vitalidad de los tejidos de la extremidad inferior izquierda, lesión renal agudizada, prolongación de tiempos de coagulación con riesgo de desarrollar sangrado, inestabilidad metabólica con tendencia a la hiperglucemia y disminución de conteo plaquetario; sin embargo, AR12, adscrita al servicio de medicina interna, lo dio de alta hospitalaria, sin que solicitara exámenes sanguíneos de control previos, ni completar esquema antibiótico, omitiendo corregir la plaquetopenia



(niveles bajos de plaquetas) e hiperglucemia que presentaba, por lo que su alta fue inadecuada, incumpliendo con lo establecido en los artículos 32 de la LGS y 7 de RPM-IMSS.

81. No obstante, a las 16:00 horas, AR11, médica cirujana general, elaboró “Nota de alta diferida” -de la cual no se pudo especificar su nombre completo o servicio- sin embargo, de su informe médico rendido el 14 de febrero de 2024, se pudo conocer su identidad, reportando que se debió a la presencia de sangrado, confirmando como causa la sobrecoagulación, por lo que ajustó la dosis de anticoagulantes y estableció un pronóstico bueno para la vida malo para la función, señalando que el estado de salud de V era estable, lo que a opinión de la especialista de esta Comisión Nacional fue un manejo adecuado y continuar con protocolo de estudio. No obstante, AR11 en su valoración del 17 de enero de 2024, a las 15:50 horas, encontró a V nuevamente con sangrado de herida quirúrgica, laboratorio de control con hemoglobina de 10, según Opinión Médica de esta Comisión Nacional omitió toma de signos vitales, características y cantidad de sangrado procedente de la herida quirúrgica, características de la herida, realizar corrección de la anemia cursada, control de líquidos, efectuar presión directa sobre herida quirúrgica para detener sangrado, o bien reabrir a herida e identificar los vasos sangrantes, ligarlos y revisión quirúrgica del muñón de ser necesario, por el contrario indicó su prealta.

82. Cabe mencionar, que no pasó inadvertido para la Opinión Médica de la CNDH que no existe evidencia dentro del expediente de notas de evolución e indicaciones médicas del 18 de enero de 2024, incumpliendo el personal médico y/o administrativo del HGZ No. 18 con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-



2012 en su numeral 8.3, que establece que deberá elaborarse por el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día.

83. El 19 de enero de 2024 a las 08:00 horas, V fue valorado por AR11, e indicó su salida del HGZ No. 18; sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional AR11 lo envió al Centro Penitenciario con inestabilidad hemodinámica (hipotenso y taquicárdico) y metabólica (hiperglucémico), sin contar con estudios de laboratorio que aseguraran el adecuado estado electrolítico, renal, cardíaco y celular, omitiendo darle seguimiento terapéutico a las cifras tensionales con tendencia al descenso, verificar el estatus multiorgánico (renal, coronario, vascular y hepático), el sangrado de la herida quirúrgica, corroborar acúmulo de líquidos en zonas de declive (escroto edematizado) aunado a la uresis concentrada, debió analizar los cambios fisiopatológicos en un paciente grave (taller gasométrico), sin corrección de anemia ni contar con valoración por cardiología, por lo que AR11 durante sus intervenciones incumplió con los establecido por los artículo 32 de la LGS, así como 7, 26 y 72 del RPM-IMSS, así como la NOM- 004-SSA3-2012 en sus numerales 4.11 y 6.1.

84. A las 3:58 horas, del 20 de enero de enero de 2024, veinte horas después de su egreso, V fue trasladado desde el Centro Penitenciario al servicio de Urgencias del HGZ No 18, dónde fue recibido por AR4, a quien V refirió presentar disminución de los niveles de glucosa en sangre (35mg/dL, valor normal 80-100 mg/dL), sangrado constante de muñón de amputación de extremidad pélvica izquierda, malestar general, y picos febriles, sin especificar cifra.

85. En la exploración física, presentó elevación de presión arterial de 130/80 mmHg, aumento de la frecuencia respiratoria (24 respiraciones por minuto), resto de los signos vitales dentro de rangos normales, consciente, cooperador, escala



FOUR score³³ de 16 puntos, ansioso, pálido, mucosas semihidratadas, hemodinámicamente estable, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, extremidad pélvica izquierda con amputación supracondílea fría al tacto, con cambio de coloración sin especificar características, sangrantes en región media de herida quirúrgica, por lo que integró el diagnóstico de infección de muñón por amputación, ingresándolo sin datos de choque, estable en ese momento, inició tratamiento a base de antipirético, antibiótico y solución glucosa para mejorar glucemias solicitó laboratorios sin especificar cuales, estableciendo un pronóstico malo para la función y para la vida.

86. A las 04:38 horas del 20 de enero de 2024, AR13, adscrito al servicio de cirugía general, notificó resultados de laboratorio que demostraron disminución en los niveles de plaquetas con riesgo inminente de sangrado, proceso infeccioso de origen a determinar, falla hepática, lesión renal, por lo que estableció diagnóstico de probable infección de tejidos blandos, indicó su ingreso a cirugía general para normar conducta y continuar con protocolo de estudio.

87. Posteriormente, a las 11:40 horas, PSP5, adscrito al servicio de urgencias, reportó en su nota que al inicio de su turno, V cursó con deterioro de los signos vitales y presentó parada cardíaca, por lo que se inició con reanimación cardiopulmonar durante 2 ciclos sin recuperación de la circulación espontánea, estableciendo como hora de fallecimiento las 08:30 horas, anotando como causas de muerte: choque séptico, infección de tejidos blandos, infección del muñón amputado secundario a diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones cardiovasculares periféricas de 11 años de evolución.

³³ Escala de calificación clínica que se utiliza para evaluar el nivel de conciencia de los pacientes, valor normal 16 puntos.



88. Al respecto, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional AR4 y AR13, omitieron considerar los antecedentes patológicos y quirúrgicos recientes de V, lo detectado en la exploración física como dolor, cambios de temperatura, decoloración en la herida quirúrgica, picos febriles, requería de protocolo de estudios para descartar tromboembolia pulmonar³⁴, que es una de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes con elevada mortalidad como en este caso y que pasó desapercibido, de haberlo hecho como era lo obligado, así como solicitar interconsulta al servicio de cirugía vascular y angiología, indicar reposición de electrolitos séricos, curva de presión arterial ante las variaciones hemodinámicas registradas, complicación que requería un manejo multidisciplinario urgente ya que ponía en peligro la vida del paciente, incumpliendo con lo dispuesto por los artículos 32 de la LGS y 7 del RPM-IMSS, así como la NOM-004-SSAP-2012 en sus numerales 4.11 y 6.1; además de incumplir con literatura médica especializada en el tema.

89. La Opinión Médica de este Organismo Nacional se robustece con el protocolo de necropsia practicado a V, el 20 de enero de 2024 a las 15:30 horas, por PSP1, dentro de la CI1, en la que se concluyó como causa inmediata y directa de la muerte: anoxemia, trombo embolia cardio pulmonar no traumática; además, como causas que contribuyeron la muerte, septicemia e infección de tejidos blandos, lo cual confirma la inadecuada atención médica brindada al paciente al no haber realizado un adecuado protocolo de estudio que permitiera integrar un diagnóstico de certeza y brindar tratamiento óptimo por parte de los especialistas del IMSS.

90. Por tanto, de acuerdo con la Opinión Médica emitida por esta Comisión

³⁴ Obstrucción de la arteria pulmonar o una de sus ramas por material trombo. aire o grasa.



Nacional la atención médica brindada a V, en el HGZ No. 18 en Torreón, Coahuila, del 08 al 20 de enero de 2024, fue inadecuada, toda vez que al ser trasladado el 08 de enero de 2024 del Centro Penitenciario en Torreón Coahuila donde se encontraba recluido al servicio de Urgencias, por referir dificultad para respirar y malestar general, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y los médicos residentes que intervinieron en la atención de V, omitieron efectuar un adecuado interrogatorio y exploración física completa incluyendo la presencia de pulsos para identificar sus cualidades (frecuencia, amplitud, tensión y celeridad o rapidez), claudicación u otros impedimentos para caminar, dolor isquémico en reposo y heridas que no sangran, palpar pulsos de la aorta femoral, poplíteos, dorsales, pedios y tibiales posteriores, efectuar prueba tobillo brazo en reposo (examen que mide la presión arterial en el tobillo y el brazo para diagnosticar la arteriopatía periférica) para establecer el diagnóstico de insuficiencia arterial, la cual era una urgencia absoluta que requería manejo multidisciplinario, así como valoración previo a su egreso, incumpliendo con los artículo 32 de la LGS en sus artículos 32, 7 del RPM-IMSS, los numerales 4.11 y 6.1 de la NOM-004-SSA3-2012 y con literatura médica especializada en el tema.

91. De igual manera, existió un inadecuado manejo médico por parte de AR4 y AR13 al omitir realizar un adecuado interrogatorio y exploración física, incluida la presencia de disnea, dolor torácico, solicitar electrocardiograma, toma de Dímero D, toma de tomografía pulmonar, ecografía de compresión de venas de las extremidades inferiores, ante el antecedente de haber sido sometido a amputación supracondílea y haber cursado con insuficiencia cardíaca, antecedentes que se debieron tomar en cuenta para sospechar la presencia de tromboembolia pulmonar complicación que requería un manejo multidisciplinario urgente y que lo llevó a su fallecimiento, como se demostró en estudio de necropsia, incumpliendo con los



artículos 32 de la Ley General de Salud y 7 del RPM-IMSS; la NOM-004-SSA3-2012, en sus numerales 4.11 y 6.1, y con literatura médica especializada en el tema.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

92. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial sin que sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los 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, I de la Declaración Americana de los y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la CPEUM, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

93. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio³⁵, entendiéndose con ello, que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

³⁵ CrIDH, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232



94. La SCJN ha determinado que:

[...] el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del 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 [...].³⁶

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

95. 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, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

96. Como se precisó en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, brindaron a V fue inadecuada, toda vez que durante su internamiento omitieron efectuar un adecuado interrogatorio y exploración física completa, para establecer el diagnóstico de insuficiencia arterial que presentaba, la cual era una urgencia absoluta que requería manejo multidisciplinario, así como valoración previa a su egreso.

³⁶ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero 2011, pág. 24.



97. Además, a su reingreso al HGZ No. 18 AR4 y AR13 no consideraron sus antecedentes para sospechar la presencia de tromboembolia pulmonar complicación que requería un manejo multidisciplinario urgente y que finalmente lo llevó a su fallecimiento el 20 de junio de 2024.

98. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida.

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

99. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”.³⁷ A su vez, se afirma que tal condición se origina

³⁷ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.



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

100. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible.³⁸

101. La OMS³⁹ ha establecido que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 02, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina.

102. Por lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona portadora de diabetes mellitus tipo II, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 del HGZ No. 18, no recibió un trato prioritario que contribuyera a la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del HGZ No. 18 que derivaron en su fallecimiento el 20 de enero de 2024.

³⁸ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

³⁹ <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>



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

103. 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”⁴⁰.

104. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017⁴¹, 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.

105. 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.*⁴²

⁴⁰ 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).

⁴¹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁴² CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.



106. La NOM-004-SSA3-2012 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.⁴³

107. 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 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

⁴³ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Introducción, párrafo 3.



sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.

108. 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-18.

D.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V, QVI, VI1 Y VI2

109. La Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional advirtió en las constancias médicas que obran en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó a V en el HGZ No 18, se encontraron inobservancias por parte del personal médico y/o administrativo del HGZ No. 18 a los lineamientos de la NOM-004- SSA3-2012, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente opinión, lo cual no modificó de modo alguno el diagnóstico, manejo y pronóstico del paciente.

110. Al respecto, es necesario evidenciar que debido a dichas omisiones del análisis al expediente clínico no se pudo conocer la totalidad o nombres completos de las AR que brindaron atención a V durante su estancia en el HGZ No. 18; sin embargo, con la información que remitió el IMSS mediante correos electrónicos de 28 de febrero de 2024, con los informes del personal médico involucrado en los hechos y de listado de nombres de las AR como de sus números de cédula y matrícula, se realizó el cotejo respectivo con el expediente clínico, advirtiendo que el 8 de enero de 2024, a las 13:00 horas, V fue atendido en el servicio de urgencias en el HGZ No 18, por AR1, médico familiar, que no anotó su nombre completo y su



matrícula es ilegible en la nota inicial correspondiente.

111. De la misma manera, se pudo advertir que el 10 de enero de 2024 fue PSP4, quien elaboró la nota de evolución de medicina interna derivado de la valoración que realizó a V, en la que no se anotó la hora y su nombre completo y matrícula son ilegibles. Posteriormente, a las 23:00 horas, se elaboró nota de evolución a V, sin nombre completo y matrícula ilegibles; no obstante, se pudo conocer que se trató de PSP6, urgenciólogo e intensivista adscrito al servicio de medicina interna. El 15 de enero de 2024 a las 15:00 horas se anotaron indicaciones, de la cual no se puede establecer el nombre completo y matrícula ya que son ilegibles; sin embargo, se pudo establecer que se trata de PSP4. El 16 de enero de 2024, a las 9:20 y 16:00 horas, así como el 17 de enero a las 15:50 horas, se elaboraron notas con nombre, servicio y matrícula ilegible; evidenciando este Organismo Nacional que se trata de AR11. Lo anterior no debería resultar necesario de haber cumplido el personal del IMSS con la norma jurídica.

112. Para este Organismo es trascendental que en toda intervención médica, se documente adecuadamente en cumplimiento con el contenido de la NOM-004-SSA3-2012, por ende los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados; al respecto, el 13 de enero de 2024, a las 18:42 horas, PSP7 elaboró “nota de evolución medicina interna jornada acumulada” derivado de la valoración que realizó a V; sin embargo, no anotó sus indicaciones médicas, por lo que no fue posible para la especialista de este Organismo Nacional emitir opinión respecto de su actuación.

113. De igual manera no se cuenta con evidencia dentro del expediente de notas de evolución e indicaciones médicas del 18 de enero de 2024, incumpliendo el personal médico y/o administrativo del HGZ No. 18 con la Norma Oficial Mexicana



NOM-004-SSA3-2012 en su numeral 8.3, que establece que deberá elaborarse por el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día.

114. De igual manera, los médicos residentes que intervinieron en la atención de V suscribieron las notas con nombres incompletos y matrícula por lo que no fue posible su identificación. Es importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes, pues la inadecuada integración del mismo constituye una violación al derecho humano a la información en materia de salud, toda vez que impide conocer de manera precisa la atención, tratamiento, seguimiento médico de pacientes, la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades, por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

E. PERSONAS MÉDICO RESIDENTES Y MÉDICO INTERNO DE PREGRADO

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

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

116. En el presente caso, una especialista de este Organismo Nacional emitió Opinión Médica en la que se señaló que, el 9 de enero de 2024, a las 2:20, 8:23, 9:20 y 13:42 horas, así como el 10 de enero a las 19:07 horas, existieron deficiencias en la atención médica que se brindó a V por parte de médicos



residentes acompañados de personas médicas de quienes no fue posible establecer el nombre; así como de AR3, AR4, AR5, AR6 y AR8, por tanto, deberá deslindarse la responsabilidad correspondiente al haberse incumplido con lo establecido en los numerales 8.3.2, 9.1 y 9.3 de la NOM-EM-001-SSA3-2022⁴⁴, que establece que el profesorado titular debe programar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo, y que las personas médicos residentes deben recibir en un ambiente de respeto, equidad e igualdad, de acuerdo con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular y adjuntos, el jefe de servicio, los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto, y contar permanentemente con la asesoría del personal médico adscrito al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

117. De igual manera, en la citada Opinión Médica, se estableció que el 9 de enero de 2024, médico interno de pregrado elaboró “Historia Clínica Medicina Interna” en la que no precisó su nombre completo ni la hora en la que V ingresó a dicho servicio, y omitió reportar en la exploración física que realizó la coloración icterica y la inflamación moderada en extremidades inferiores que presentaba V y que fueron reportadas a su ingreso. De igual manera, reportó laboratorios de control sin que especificara fecha y hora de toma, así como electrocardiograma sin especificar la fecha de realización; integró los diagnósticos de probable coledocolitiasis y pancreatitis siendo que eran patologías que fueron descartadas a las 2:20 horas por AR4, por lo que se considera que el médico tratante o adscrito al turno del Servicio de Medicina Interna, omitió supervisar al médico interno de pregrado,

⁴⁴ Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.



incumpliendo con los numerales 5.8 de la NOM-EM-033-SSA3-2022 y 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012.

118. Respecto de la atención del personal médico residente no es posible determinar responsabilidad individual, al ser personas médicas residentes que, en términos de lo dispuesto por la NOM-EM-001-SSA3-2022, debían ser dirigidas, asesoradas y supervisadas por el personal médico y de jefatura del servicio correspondiente, así como por el personal médico profesorado, sin embargo, del análisis de las notas médicas correspondientes, no se advierte que los deberes descritos hayan sido debidamente cumplimentados.

119. Es importante resaltar que esta CNDH no está en contra de la enseñanza del personal médico residente, así como del Servicio Social en las Unidades Médicas, sino de que con la misma se generen situaciones de violaciones a los derechos humanos, cuando sus acciones se desarrollan sin la debida dirección, asesoría y/o supervisión del personal médico calificado.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

120. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, que intervinieron en la atención de V, omitieron efectuar un adecuado interrogatorio y exploración física completa incluyendo la presencia de pulsos para identificar sus cualidades, claudicación u otros impedimentos para caminar, dolor isquémico en reposo y heridas que no sangran, palpar pulsos de la aorta femoral, poplíteos, dorsales, pedios y tibiales posteriores, efectuar prueba tobillo brazo en reposo para establecer el diagnóstico de insuficiencia arterial, la



cual era una urgencia absoluta que requería manejo multidisciplinario, así como valoración previo a su egreso, incumpliendo con los artículo 32 de la LGS en sus artículos 32, 7 del RPM-IMSS, los numerales 4.11 y 6.1 de la NOM-004-SSA3-2012, y con literatura médica especializada en el tema.

121. De igual manera, existió un inadecuado manejo médico por parte de AR4 y AR13 al omitir realizar un adecuado interrogatorio y exploración física, incluida la presencia de disnea, dolor torácico, solicitar electrocardiograma, toma de Dímero D, toma de tomografía pulmonar, ecografía de compresión de venas de las extremidades inferiores, ante el antecedente de haber sido sometido a amputación supracondílea y haber cursado con insuficiencia cardíaca, antecedentes que se debieron tomar en cuenta para sospechar la presencia de tromboembolia pulmonar complicación que requería un manejo multidisciplinario urgente y que lo llevó a su fallecimiento, como se demostró en estudio de necropsia, incumpliendo con los artículos 32 de la Ley General de Salud y 7 del RPM-IMSS; la NOM-004-SSA3-2012, en sus numerales 4.11 y 6.1, y con literatura médica especializada en el tema.

122. Este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, constituyeron evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el



servicio público; pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

123. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencia para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa ante el OIC-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, que de ser el caso, se realice la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 personal médico adscrito al HGZ No. 18. por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica proporcionada a V, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

124. El artículo 1º de la CPEUM, en su párrafo tercero precisa que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley; en el mismo sentido, el artículo 1 de la



Comisión Americana de Derechos Humanos señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio, a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

125. Estas obligaciones generales y específicas no solo rigen a las personas servidoras públicas en su actuación pública, sino también a las Instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus servidores públicos.

126. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el Sistema de las Naciones Unidas.

127. Está CNDH identificó prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico⁴⁵, mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter

⁴⁵ CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", Óp. Cit., párr. 40.



estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud⁴⁶, que permite la institucionalización de la violencia obstétrica.

128. Como fue referido, se pudo constatar que, debido a omisiones en el expediente clínico de V, no se pudo conocer de manera primaria a la totalidad de las personas servidoras públicas que brindaron atención a V durante su estancia en el HGZ No. 18; por lo que este Organismo Nacional pudo identificarlas después de un análisis minucioso a diversa documentación remitida por el IMSS, lo cual no debió ser necesario de haberse cumplido el personal del IMSS con la norma jurídica. Además, se advirtió que no existen notas correspondientes al 18 de enero de 2024, y no se contó con indicaciones médicas

129. Por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que además de la responsabilidad en que incurrió de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no garantizar el acceso de V a la protección de su salud, así como al ser omisa en prever todas aquellas acciones necesarias, para evitar la violación a los derechos humanos de las personas derechohabientes para el fomento adecuado de una cultura de paz y de derechos humanos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

130. 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

⁴⁶ 52 Ibidem, párr. 42.



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.

131. En el caso Espinoza González vs. Perú, la CrIDH resolvió 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 [...] 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 (...)⁴⁷.

132. 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 y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones

⁴⁷ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.



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, al trato digno en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2, este Organismo Nacional les reconoce a V así como QVI, VI1 y VI2, 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 QVI y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, lo anterior, toda vez que V y VI1 ya se encuentran inscritos, a fin de que tengan 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.

133. 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, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.



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

a) Medidas de Rehabilitación

135. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y sus familiares y poder 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 de los Principios y Directrices (instrumento antes referido); la rehabilitación incluye “la atención médica, psicológica y tanatológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

136. Por ello el IMSS, en coordinación con la CEAV, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la LGV, deberán proporcionar en su caso a QVI, VI1 y VI2 atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2 con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. Así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.



b) Medidas de Compensación

137. 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”.⁴⁸

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

139. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QVI y VI2; y toda vez que, V y VI1 ya se encuentran inscritas, se deberá actualizar el registro de éstas como víctimas de violaciones a derechos humanos, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa

⁴⁸ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.



Comisión Ejecutiva; además, por lo que 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, proceda a la reparación integral del daño que se causó a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

140. 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.

141. De igual forma, las víctimas que ya se encuentran inscritas en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y éstas no hayan iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúen con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la CPEUM, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos



indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción

142. 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.

143. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, a fin de que de ser el caso, se inicie procedimiento que corresponda a efecto de que dicha instancia, de ser el caso, realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de acuerdo a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, para lo cual se deberá informar a esa Comisión Nacional de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente; hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

144. Por otro lado, este Organismo Nacional está en conocimiento de que existen la CI1 y CI2, iniciadas con motivo de las denuncias interpuesta por VI1 respecto de las atenciones de V en ese Instituto, en la FGEC y FGR, respectivamente, por lo que el IMSS deberá colaborar con las instancias investigadoras. Además, esta



Comisión Nacional remitirá a las CI1 y CI2, copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, para que se tome en cuenta lo señalado en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas”. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

145. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas

d) Medidas de no Repetición

146. De conformidad con lo establecido en los artículos 27 fracción V, 74 fracciones VIII, IX y XI, así como 75 fracción IV de la LGV estas 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, mediante la adopción de medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

147. En este sentido, es necesario que el IMSS en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, diseñe e imparta un curso integral dirigido al personal directivo y médico adscrito al Servicio de



Urgencias, Cirugía General y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 18, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de seguir en activo laboralmente, sobre la temática siguiente: capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, la LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012, NOM-025-SSA3-2013 y la LME, para ello, se deberá tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia; además, el curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser 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/o constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

148. 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 adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía General y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 18, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, que aún se encuentren laborando para la institución, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías Humanos 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, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del sexto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

149. 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.

150. En consecuencia, esta Comisión Nacional se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV y VI2, y por lo que respecta a V y VI1 al ya estar inscritas se deberá actualizar el registro de éstas en el RENAVI y REFEVI, lo anterior a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de



la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva; 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, se proceda a la reparación integral del daño que se les causó a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias respectivas que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcione a QVI, VI1 y VI2, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a sus edades y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, VI1 y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico adscrito al HGZ No. 18; a fin de que, de ser el caso, se inicie el procedimiento que corresponda a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la LGRA;



por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

CUARTA. Se colabore ampliamente en el seguimiento de la CI1 y CI2 radicadas a consecuencia de la denuncia interpuesta por VI1 ante la FGEC y la FGR, respectivamente, por lo que el IMSS deberá colaborar con las instancias investigadoras y responder de forma oportuna y activa. Además, esta Comisión Nacional remitirá a las CI1 y CI2, copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, para que se tome en cuenta lo señalado en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas”; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

QUINTA. Se imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación integral dirigido al personal directivo y médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía General, y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 18, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, que sigan en activo laboralmente, sobre formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, a la vida y a la regulación de los servicios de salud, LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012, NOM-025-SSA3-2013 y la LME, dicho curso 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/o



constancias. Hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal directivo y médico adscrito a los Servicios de Urgencia, Cirugía General y Medicina Interna adscritos al HGZ No. 18, particularmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, que aún se encuentren en activo laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida y al acceso a la información en materia de salud; así como, a la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, con objeto de garantizar su no repetición; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SÉPTIMA. 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.

151. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1°, 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.

152. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

154. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, estos deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 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