

RECOMENDACIÓN NO. 87/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4; ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS ADSCRITAS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL “GRAL. IGNACIO ZARAGOZA”, DEL INSTITUTO SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de mayo de 2025.

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

Estimado 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, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/27/Q**, relacionadas con la atención médica brindada a V en Hospital General Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, del ISSSTE, en la Ciudad de México

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 son las siguientes:

Denominación	Claves
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR

Persona Servidora Pública	PSP
---------------------------	-----

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV / Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional / CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica para Laparotomía y/ Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo No Traumático en el Adulto (IMSS-509-11)	GPC-Laparotomía Diagnóstica

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos del IMSS (ISBN 978-607-8270-83-5)	GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto del IMSS (ISBN: 978-607-8270-21-7)	GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico
Hospital General Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ciudad de México.	HGR
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Ley General de Salud.	LGS
Ley General de Víctimas.	LGV
Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	LCNDH
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	NOM- Servicios de Urgencias
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	OIC-ISSSTE
Opinión en Medicina del personal Especializado de esta CNDH.	Opinión médica / Opinión Especializada
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento-LGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

5. El 6 de diciembre de 2023, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió la queja presentada por QVI, en contra de personas servidoras públicas adscritas al HGR, por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V, quien falleció el 3 de noviembre de 2023 en dicho nosocomio. Tales violaciones habrían derivado de la inadecuada atención médica brindada entre el 24 de octubre y el 3 de noviembre del mismo año, conforme a las siguientes circunstancias:

6. QVI manifestó que, el 24 de octubre de 2023, trasladó a V al servicio de Urgencias del HGR, debido a que esa tarde presentó dolor, diarrea, vómito y, a través del catéter de diálisis que tenía colocado, comenzó a evacuar un líquido de color café. De acuerdo con la capacitación en diálisis peritoneal que QVI recibió como familiar de V, dicha característica del líquido era indicativa de una infección.

7. No obstante, durante la estancia de V en el servicio de Urgencias de dicho nosocomio, que abarcó de las 23:49 horas del 24 de octubre a las 03:02 horas del 25 de octubre de 2023, únicamente se le realizó una radiografía. Posteriormente, se le diagnosticó una inflamación del revestimiento del estómago y los intestinos, y fue dado de alta, sin atender la solicitud de QVI de tomar una muestra del líquido de color café presente en el catéter, para enviarla a laboratorio para su análisis.

8. El 28 de octubre de 2023, a pesar del tratamiento prescrito, los síntomas de V no desaparecieron y se agravaron, ya que comenzó a presentar también dificultad para respirar. Por tal motivo, QVI lo trasladó nuevamente al servicio de Urgencias del mismo HGR.

9. QVI señaló que fue nuevamente víctima de maltrato, ya que, al ingresar al consultorio de la médica especialista, se negaron a atender a V si no presentaba la hoja de registro de urgencia. Sin embargo, cuando QVI salió del nosocomio para mover su vehículo, la especialista sacó a V del consultorio y lo dejó en el pasillo, sin camisa, retorciéndose de dolor, con dificultad para respirar y vomitando.

10. Una vez que se proporcionó la hoja de ingreso a urgencias de V, la especialista

finalmente ordenó realizar un estudio de laboratorio al líquido de color café del catéter. No obstante, V permaneció durante varios días en un sillón, sin que se le asignara una cama.

11. El lunes 30 de octubre de 2023, el personal médico del HGR aún no había establecido un diagnóstico. De acuerdo con QVI, al solicitar información, algunos médicos señalaban que se trataba de un problema en la vesícula o el hígado; otros mencionaban el catéter o una posible peritonitis, mientras que algunos más indicaban que era necesario esperar nuevas reacciones o estudios. Asimismo, QVI agregó que V presentaba niveles bajos de glucosa, temblores y espasmos, pero no era revisado ni se le proporcionaba tratamiento alguno.

12. El 31 de octubre de 2023, QVI señaló que, ante la falta de diagnóstico y tratamiento, intentó comunicarse con personas servidoras públicas del área jurídica y de la Dirección del HGR; sin embargo, se negaron a atenderla y le informaron que el Director no recibía a personas civiles, y que, debido a los días de asueto, regresaría hasta el 6 de noviembre de 2023.

13. El 3 de noviembre de 2023, QVI menciona que V falleció a consecuencia de maltrato y violencia a una persona de la tercera edad, así como el haberle negado atención y tratamiento médico oportuno.

14. En virtud de lo narrado, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2024/27/Q**, a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V; asimismo, se solicitó copia del expediente clínico, con informes de la atención médica que se le brindó a V en el HGR, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de

estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Escrito de queja presentado por QVI el 6 de diciembre de 2023, como archivo adjunto, a través del portal electrónico de queja en línea de este Organismo Nacional.

16. Acta circunstanciada del 11 de diciembre de 2023, en la que se registró la comunicación entre el personal de esta Comisión Nacional y QVI, quien ratificó su escrito presentado en línea.

17. Mensaje de correo electrónico del 12 de diciembre de 2023, mediante el cual QVI envió a esta Comisión Nacional la siguiente documentación:

17.1. Hoja de Urgencias de la atención brindada a V, del 24 de octubre de 2023 a las 23:49 y nota de admisión del 25 de octubre de 2023 a las 00:14 horas, elaborada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

17.2. Nota de valoración del 25 de octubre de 2023, a las 02:51 horas, realizada por AR2, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

17.3. Nota de evolución del 25 de octubre de 2023, a las 03:02 horas registrada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

17.4. Certificado de defunción de V.

18. Oficio DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/2295-2/24 del 9 de mayo de 2024, mediante el cual el ISSSTE dio respuesta al requerimiento de información de esta CNDH, y adjuntó diversa documentación, así como el expediente clínico de la atención médica proporcionada a V en el HGR. De dichas documentales, resultan relevantes las siguientes constancias:

18.1. Nota de admisión del 28 de octubre de 2023, a las 12:58 horas, elaborada por el PSP1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

18.2. Nota de valoración del 28 de octubre de 2023 de las 14:55 horas, realizada por PSP2, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

18.3. Nota de Evolución del 29 de octubre de 2023 de las 02:30 horas por PSP3, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

18.4. Informe de resultados de ultrasonido de hígado y vías biliares, del 29 de octubre de 2023, elaborado a las 09:37 horas por PSP4, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

18.5. Hoja de urgencias del 29 de octubre de 2023 a las 18:33 horas, registrada por PSP5, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

18.6. Nota de evolución del 31 de octubre de 2023 de las 13:50 horas, realizada por PSP6, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.

- 18.7.** Nota de evolución del 1 de noviembre de 2023 a las 09:35 horas, elaborada por PSP7, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.
- 18.8.** Nota de evolución del 2 de noviembre de 2023 a las 11:06 horas, elaborada por PSP8, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.
- 18.9.** Nota de evolución del 2 de noviembre de 2023 a las 12:54 horas, elaborada por AR3, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.
- 18.10.** Nota de evolución del 2 de noviembre de 2023 a las 19:50 horas, elaborada por PSP9, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGR.
- 18.11.** Nota de evolución de 3 noviembre de 2023 a las 02:46 horas, registrada por PSP10, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGR.
- 18.12.** Nota de evolución del 3 de noviembre de 2023 a las 14:00 horas, elaborada por AR3, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGR.
- 18.13.** Nota de evolución del 3 de noviembre de 2023 a las 15:00 horas, elaborada por PSP11, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGR.
- 18.14.** Oficio 097/D/523/2024 de 22 de marzo de 2024, en el que se informó el nombre del personal médico que brindó atención a V en el HGR.
- 19.** Opinión Médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional de

12 de diciembre de 2024, en la cual concluyó que la atención proporcionada a V en el HGR fue inadecuada.

20. Dos actas circunstanciadas de 24 de febrero de 2025, en una se asentó que personal de esta Comisión Nacional estableció comunicación por teléfono con QVI, quien manifestó los nombres de VI1, VI2, VI3 y VI4; y en la segunda acta, en un horario posterior, se intentó establecer comunicación nuevamente con QVI, para que pudiera precisar si derivado del sensible fallecimiento de V, además de haber acudido ante esta Comisión Nacional, había interpuesto denuncia de hechos ante el Ministerio Público, queja médica o administrativa ante el ISSSTE o ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o queja ante el OIC-ISSSTE, sin embargo esa ocasión, nadie atendió la llamada, por lo anterior se procedió a enviar mensaje a su dirección de correo electrónico con la misma solicitud de información.

21. Correo electrónico de QVI de 2 de marzo de 2025, en el que informó que no acudió a ninguna otra instancia para plantear los hechos del fallecimiento de V, sólo a este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. Este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitieran establecer que se hubiese iniciado algún procedimiento de investigación ante el ISSSTE, OIC-ISSSTE, Comisión de Arbitraje Médico o denuncia o acción legal ante alguna otra instancia; además se conoció a través de correo electrónico de QVI de 2 de marzo de 2025, que sólo acudió a esta Comisión Nacional.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS.

23. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/27/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos relativos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V como persona adulta mayor, así como acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4; atribuibles a personas servidoras públicas adscritas HGR, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

24. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹ reconocido el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección².

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

² La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo

25. A nivel internacional, el derecho de protección de la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; así como en la sentencia de la CrIDH del “*Caso Vera y otra vs Ecuador*”.

26. Por su parte, la Constitución de la OMS establece 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:

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

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

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

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

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

27. El derecho de la salud consiste en un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, la salud constituye un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³, sin embargo, la prerrogativa fundamental descrita fue vulnerada en el presente caso por parte de AR1, AR2 y AR3, en su calidad de garantes, como se describirá a continuación.

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

❖ Atención médica brindada a V en el HGR.

28. El 24 de octubre de 2023, a las 23:49 horas, "V" fue llevado por sus familiares al servicio de urgencias del HGR debido a que presentaba un fuerte dolor en el vientre (en la zona donde se ubican órganos como el hígado), acompañado de diarrea, fiebre (sin especificar la temperatura) y salida de líquido oscuro por el tubo de su diálisis peritoneal.

³ CrIDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de noviembre de 2012. párr. 148.

29. Según el reporte médico de urgencias realizado en ese momento por AR1, persona médica adscrita al servicio de Urgencias del HGR, durante la evaluación se encontró que "V" tenía la presión arterial y el pulso normales, pero presentaba fiebre leve (37.8°C, cuando lo normal es entre 36.1°C y 37.2°C) y baja oxigenación en la sangre (90%, siendo lo normal arriba del 95%), lo cual está relacionado con su enfermedad pulmonar crónica. El paciente estaba consciente, colaborador y bien hidratado. No se detectaron problemas en corazón o pulmones, pero sí tenía el abdomen inflamado (por acumulación de grasa) con dolor en la zona del intestino grueso y aumento de ruidos intestinales, sin signos de gravedad abdominal. Las extremidades se veían normales.

30. En atención a los síntomas y antecedentes médicos de V, AR1 se determinó que su dolor abdominal podría deberse a una infección digestiva (GEPI), aunque también era necesario descartar complicaciones relacionadas con su catéter peritoneal. Por ese motivo, decidió su ingreso para evaluación adicional por el servicio médico de urgencias. Durante esta valoración, se observó que V presentaba desorientación, a pesar de haber sido registrado inicialmente como consciente.

31. Manejo proporcionado en esa ocasión por AR1, que de acuerdo a la opinión médica resultó el adecuado, ya que las alteraciones clínicas presentadas asociadas particularmente al antecedente de recibir diálisis peritoneal, obligaban a descartar complicaciones abdominales en V, tal y como podía ser el desarrollo de un proceso infeccioso, estado que debía de ser estudiado como fue indicado, lo que cumplió con lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS.

32. El 25 de octubre de 2023 a las 02:51 horas, V fue valorado por AR2, urgenciólogo

adscrito al servicio de Urgencias del HGR, en donde se reiteraron los antecedentes de V y su tratamiento con diálisis peritoneal, asentando que el cuadro clínico de V comenzó el 22 de octubre de 2023 después de consumir alimentos grasos, con náuseas, vómito en tres ocasiones, cuadro al que agregó dolor intestinal moderado a fuerte, evacuaciones disminuidas en consistencia en 7 ocasiones, sin moco o sangre, e intolerancia a la vía oral.

33. A la exploración física V, fue observado con presión y latidos del corazón normales, pero tenía fiebre alta (39°C). Estaba despierto, consciente y tranquilo, respirando normalmente. Al revisar su vientre, estaba blando, sin dolor al tocarlo, con el tubo de diálisis bien colocado y con sonidos intestinales normales. No tenía el hígado o bazo inflamados, ni señales de infección grave en el abdomen. Sus brazos y piernas también estaban normales.

34. AR2 determinó que V presentaba dolor abdominal causado por una inflamación gastrointestinal probablemente infecciosa, que mejoró significativamente después del tratamiento con líquidos intravenosos, medicamentos para aliviar los espasmos abdominales (antiespasmódicos) y protectores estomacales. Debido a esta mejoría clínica, decidió darle el alta médica con indicación de continuar tratamiento en casa que incluía antibióticos (para tratar la posible infección) y más medicamentos para controlar los espasmos intestinales, considerando así, se daría una recuperación completa y se prevendrían posibles complicaciones.

35. De acuerdo a la opinión médica, esta valoración de AR2 fue inadecuada, porque existían inconsistencias en la descripción del dolor abdominal, no se registró el líquido oscuro observado en la diálisis al ingreso del paciente V, no se examinó adecuadamente

la zona donde se insertó el catéter peritoneal, y no se consideraron análisis de laboratorio necesarios. Esta omisión fue particularmente relevante porque V era un adulto mayor en tratamiento de diálisis peritoneal con antecedentes recientes de dolor abdominal persistente, cambios anormales en el líquido de diálisis, fiebre, diarrea, náuseas, vómitos y sospecha de infección gastrointestinal, todos estos factores de riesgo que requerían una investigación más exhaustiva para descartar complicaciones graves asociadas a su condición médica.

36. En tales circunstancias, de acuerdo a la opinión médica, AR2 debió investigar y descartar la presencia de peritonitis relacionada con la diálisis peritoneal, ya que esta era la evaluación médica adecuada. Los síntomas documentados en V (líquido de diálisis anormal, fiebre y problemas digestivos) coincidían claramente con esta posible complicación, que es frecuente en pacientes bajo este tratamiento. La peritonitis es una infección grave que requiere atención inmediata en estos casos. Por ende, acorde a la misma, se incumplió con lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, omisión que favoreció en su momento el deterioro de la salud de V, ya que, retrasó el diagnóstico y tratamiento oportunos.

37. El 25 de octubre de 2023 a las 03:02 horas, V fue revalorado por AR1, quien, aunque solicitó valoración por urgenciólogos para descartar complicaciones del catéter peritoneal y una posible inflamación gastrointestinal, finalmente determinó el alta con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa al encontrar al paciente neurológicamente estable, sin alteraciones hemodinámicas ni respiratorias, indicando tratamiento con antibióticos orales, antidiarreico e instrucciones de seguimiento en su unidad de medicina familiar y retorno a urgencias si aparecían signos de alarma.

38. Intervención médica que de conformidad con la opinión especializada fue inadecuada, porque no se tomó en cuenta que V era un paciente en diálisis peritoneal que ya había presentado dolor abdominal, cambios en el líquido de su diálisis (algo que el AR1 había notado cuando llegó), fiebre, diarrea, náuseas y vómitos. Aunque se diagnosticó gastroenteritis, AR1 debería haber investigado también la posibilidad de una infección grave relacionada con la diálisis (peritonitis), especialmente porque él mismo había sospechado esta complicación cuando V ingresó, ya que la peritonitis requiere un tratamiento inmediato y diferente al de una simple infección estomacal.

39. Omisión de AR1 que acorde a la opinión médica, constituyó un incumplimiento a lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, y la cual, favoreció en su momento el deterioro de la salud de V, ya que, retrasó el diagnóstico y tratamiento oportunos.

40. El 28 de octubre de 2023, tres días después de su primera visita, V regresó al hospital presentando dificultad para respirar, náuseas, vómitos y malestar general (aunque sin fiebre, escalofríos ni diarrea). Y seguía expulsando líquido turbio a través del catéter de diálisis. En esta ocasión, fue atendido por PSP1 personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

41. A la exploración física, se observó que los signos vitales (presión, pulso y respiración) de V estaban normales, pero se le veía pálido y algo deshidratado; su abdomen estaba blando, con dolor en la parte central y menos movimiento intestinal de lo normal, aunque sin señales de irritación grave. A pesar de que no presentaba complicaciones cardíacas o pulmonares, los síntomas combinados con su historial de diálisis peritoneal

(especialmente el líquido turbio que había presentado días antes) hicieron sospechar nuevamente de una posible peritonitis, por lo que decidieron internarlo para realizar estudios más completos y descartar esta infección grave asociada a su tratamiento de diálisis.

42. Atención que de acuerdo a la opinión médica fue adecuada, ya que las alteraciones clínicas descritas de nueva cuenta sugerían que V persistía con un proceso infeccioso abdominal, tal y como era la peritonitis secundaria a la diálisis como se abordó con anterioridad, cumpliendo con lo establecido en la literatura médica especializada, la Guía y normatividad previamente señaladas.

43. El mismo 28 de octubre de 2023 a las 14:55 horas, durante la evaluación médica de V realizada por PSP2, se documentó que V llegó por presentar: dolor abdominal tipo cólico generalizado de 4 días de evolución, cambios preocupantes en el líquido de su diálisis peritoneal, que había pasado de amarillo turbio a color café, retención del líquido de diálisis, fatiga extrema con debilidad muscular, y escalofríos intensos. Estos síntomas, sumados a su condición de paciente en diálisis, alertaron al personal médico sobre la posible gravedad del cuadro clínico, que podía corresponder a una complicación seria de su tratamiento.

44. Durante el examen físico, V se encontraba consciente, alerta y respondía adecuadamente, aunque con cierta disminución en su capacidad auditiva; su corazón y pulmones funcionaban normalmente sin alteraciones, mientras que el abdomen se mostraba blando al tacto, con sonidos intestinales normales pero con dolor específico en la zona del intestino grueso. A pesar de este dolor localizado, no se detectaron signos de irritación peritoneal ni otras anomalías en las extremidades, lo que mantenía abierta

la posibilidad de diversas afecciones abdominales que requerían mayor investigación para confirmar o descartar complicaciones relacionadas con su tratamiento de diálisis peritoneal.

45. Con base en los hallazgos, PSP2 estableció los diagnósticos en V, de peritonitis asociada al catéter de diálisis peritoneal, enfermedad renal crónica terminal en diálisis, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, por lo que inició tratamiento inmediato con soluciones intravenosas controladas (250 ml de solución salina al 0.9% por 2 horas), analgésicos (tramadol y metamizol), antibioticoterapia con ceftazidima y protección gástrica con omeprazol; además ordenó estudios urgentes de sangre y análisis del líquido peritoneal (citoquímico) para confirmar el diagnóstico, y programó una revaloración constante del paciente dada la gravedad potencial de la peritonitis en pacientes con diálisis.

46. Manejo que a consideración del personal especializado que elaboró la opinión médica fue el adecuado, ya que el cuadro clínico presentado por V hacía indispensable confirmar o descartar una infección abdominal grave (peritonitis) relacionada con su terapia de diálisis, como efectivamente se sospechó; por ello, fue correcta la decisión de realizar los estudios complementarios necesarios como el análisis del líquido peritoneal e iniciar de inmediato el tratamiento con antibióticos, actuando conforme a los protocolos establecidos para estos casos potencialmente graves en pacientes con terapia de sustitución renal, lo cual cumplió con lo establecido en la literatura médica especializada⁴, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48

⁴ Según la literatura médica, en el momento del diagnóstico clínico de peritonitis infecciosa por diálisis peritoneal, antes de tener el microorganismo etiológico, es aceptado el uso empírico de antibióticos con espectro para microorganismos Grampositivos y Gramnegativos, manejo que le fue prescrito.

del Reglamento-LGS.

47. El 29 de octubre de 2023 a las 18:33 horas, PSP5 evaluó a V y encontró que sus signos vitales estaban normales, se mostraba activo, consciente y sin problemas cardiorrespiratorios, pero presentaba coloración amarillenta en piel y mucosas; los análisis de sangre revelaron niveles elevados de bilirrubina, enzimas hepáticas y glóbulos blancos (lo que sugería una infección), además de anemia (baja hemoglobina), mientras que el estudio del líquido peritoneal -que aparecía turbio- mostró aumento de la enzima LDH⁵ y gran cantidad de leucocitos, resultados que confirmaban el diagnóstico de peritonitis asociada a su diálisis peritoneal.

48. PSP5, al notar que V tenía la piel y ojos amarillentos, junto con problemas en su hígado detectados en los análisis, pidió hacerle un estudio con ultrasonido para revisar su hígado y conductos biliares, ya que podía tener algún bloqueo en estas zonas. Mientras se realizaba este estudio, el paciente recibía por vena los antibióticos necesarios para tratar la infección abdominal, además de medicamentos para controlar su presión alta, vigilancia constante de sus líquidos y azúcar en sangre, y se reinició cuidadosamente su tratamiento de diálisis con soluciones especiales, siguiendo todos los pasos médicos requeridos para atender adecuadamente sus múltiples problemas de salud de manera simultánea..

49. El mismo 29 de octubre de 2023, en el ultrasonido realizado a las 09:37 horas, PSP4, personal médico adscrito al servicio de Radiología, encontró que la vesícula de V estaba

⁵ El lactato deshidrogenasa, es una enzima presente en el organismo humano implicada en el proceso de respiración celular, se ha comprobado que existen mayores concentraciones de esta enzima en los músculos, los riñones y el hígado. Incluso se encuentra en grandes proporciones en los glóbulos rojos, en aquellos casos donde existe daño tisular, se produce una liberación excesiva que provoca LDH alto.

inflamada y más grande de lo normal, con piedras en su interior y sus paredes más gruesas de lo habitual (5.4 mm cuando lo normal es 3 mm); aunque no se observó obstrucción en los conductos biliares, se detectó líquido acumulado cerca de los pulmones y pequeñas manchas en el hígado, todo esto mientras el paciente sentía dolor al tacto en el abdomen durante el examen, lo que de acuerdo a la opinión médica, indicaba una posible infección o inflamación grave que necesitaba atención inmediata.

50. Por lo anterior, PSP4 concluyó que V presentaba un incremento de tamaño de la vesícula, debido a la acumulación anormal de líquido comúnmente descrita en los procesos obstructivos crónicos de las vías biliares por cálculos biliares, alteraciones que de forma general se podían relacionar principalmente con un proceso inflamatorio vesicular, siendo diversas las causas del cuadro.

51. De acuerdo a la opinión médica, si bien es cierto el líquido acumulado en el abdomen, producto de la diálisis y la enfermedad renal crónica que padecía V, sumado a la baja de proteínas por sus condiciones médicas, podía afectar los resultados del ultrasonido, era igualmente importante analizar cuidadosamente estos hallazgos junto con todos sus síntomas y los análisis de laboratorio para determinar con precisión qué estaba causando realmente estos problemas de salud.

52. Debido a esos hallazgos, PSP3, médico adscrito al servicio de Cirugía General, en nota de ese mismo día 29 de octubre de 2023, revisó a V después de ver sus estudios y recordó sus antecedentes: enfermedad renal crónica, tratamiento con diálisis peritoneal y los síntomas actuales que lo llevaron al hospital; durante el examen, encontró al paciente consciente y alerta, con el abdomen inflamado por líquido, blando pero con dolor al presionarlo profundamente en toda el área, aunque sin signos de irritación grave,

y acorde a la opinión médica, de manera inexplicable refiere que no presentaba V dolor al tocar específicamente la zona de la vesícula, a pesar de que ese mismo día otro médico había registrado lo contrario en sus notas, lo que mostraba una inconsistencia en los hallazgos que requería mayor atención.

53. En la evaluación realizada por PSP3, se citaron los laboratorios ya descritos, el estudio del líquido peritoneal y ultrasonido, y tomando lo anterior en consideración, determinó que V no cursaba con datos clínicos, laboratoriales o de imagen que ameritaran manejo quirúrgico de urgencia, se encontraba estable y a la exploración física no presentaba datos de inflamación de la vesícula, aunque presentaba dolor abdominal generalizado con resultados del estudio de observación de tejidos bajo microscopio, sugerentes de infección peritoneal.

54. PSP3 consideró que los problemas en la vesícula de V probablemente eran una reacción a la infección abdominal (peritonitis) que ya se había diagnosticado, por lo que recomendó que primero lo evaluara el equipo de Nefrología (especialistas en riñón y diálisis) para confirmar o descartar la infección peritoneal, y sólo en caso necesario, volver a consultar al servicio de Cirugía General más adelante, priorizando así el tratamiento de la infección como posible causa principal de todas sus complicaciones.

55. De acuerdo a la opinión médica, el manejo realizado por PSP3 fue el adecuado en ese momento, ya que aunque V presentaba problemas en la vesícula (evidenciados por los análisis alterados del hígado y los hallazgos del ultrasonido que mostraban inflamación y aumento de tamaño de la vesícula), al mismo tiempo estaba desarrollando una infección abdominal grave (peritonitis) relacionada con su diálisis, que apenas llevaba dos días siendo tratada con antibióticos, por lo que era prioritario continuar con

este tratamiento y reevaluar la situación de la vesícula más adelante si fuera necesario.

56. En ese momento inicial, como no se detectaron señales de alarma como empeoramiento de los signos vitales (presión, pulso, respiración), fiebre persistente, cambios preocupantes en los análisis de laboratorio ni síntomas de una infección generalizada, el enfoque de tratamiento y vigilancia establecido el personal médico para los problemas encontrados se consideró adecuado y justificado, ya que V se mantenía estable a pesar de las alteraciones reportadas; luego entonces, el manejo y vigilancia inicial propuesta a las alteraciones reportadas se encontró justificado, en apego a lo establecido en la literatura médica especializada⁶, la GPC-Laparotomía Diagnóstica y la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, pues no fue posible descartar o dejar de lado el hecho de que el cuadro manifestado también pudiera derivar de alteraciones biliares, siendo relevante el llevar a cabo un seguimiento integral adecuado.

57. En la continuación de la atención de V, el personal especializado de esta Comisión Nacional, observó que en el expediente clínico no obró nota médica correspondiente al 30 de octubre de 2023, no obstante, había indicaciones médicas para ese día, y V se mantuvo con tratamiento antibiótico vía intravenosa y el manejo médico ya descrito.

58. El 31 de octubre de 2023 a las 13:50 horas, después de tres días hospitalizado, V

⁶ La literatura médica establece que durante las primeras 48 horas de iniciado el tratamiento para la peritonitis secundaria a diálisis, una gran proporción de pacientes puede mostrar considerable mejoría clínica. A lo que recomienda evaluar diariamente las características del líquido de diálisis para determinar su claridad. Si no existe mejoría clínica después de 48 horas, se debe realizar conteo celular y tomar cultivo. La fiebre elevada ocurre muy pocas veces. Es rara la existencia de un cuadro séptico; por eso es poco habitual encontrar fiebre elevada y elevación significativa del número de leucocitos. Un cuadro grave siempre hará tener en mente y pensar que hay otras posibilidades diagnósticas de dolor abdominal (abdomen agudo). Dentro de las causas secundarias se encuadran la peritonitis causada por patología infecciosa abdominal de vísceras de vecindad como son las apendicitis, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, etc.

seguía en Urgencias donde PSP6, observó que mantenía dolor abdominal por la infección relacionada con su diálisis, además de problemas en la vesícula (con líquido y piedras), desbalance en sus minerales (especialmente sodio bajo), coloración amarillenta en piel y ojos, que seguían estudiándose, junto con sus enfermedades crónicas conocidas (problemas renales graves, diabetes y presión alta); en ese momento V estaba consciente y orientado pero con presión arterial un poco baja (91/66), el abdomen inflamado pero blando, con dolor al presionar especialmente en la zona del intestino grueso, aunque respiraba bien y su corazón funcionaba normalmente, con buena circulación en sus extremidades.

59. De la cita de los resultados de los análisis ordenados por PSP6 previamente el 30 de octubre de 2023, estos mostraban que el líquido de la diálisis de V contenía muchas células de defensa (leucocitos), lo que confirmaba que V tenía una infección abdominal (peritonitis) relacionada con su tratamiento de diálisis; sin embargo, también se encontraron niveles altos de bilirrubina (que causaba el color amarillo) y enzimas del hígado, junto con un aumento persistente de leucocitos a pesar de los antibióticos, lo que indicaba que sus problemas en el hígado y la vesícula estaban empeorando incluso mientras se trataba la infección principal.

60. Así pues, ante la persistencia del dolor y las alteraciones laboratoriales documentadas, PSP6 concluyó que V debía de ser revalorado por el servicio de Cirugía General, ya que, la evolución manifestada seguía relacionándose con un patrón obstructivo de la vesícula biliar.

61. Lo que en consideración de la opinión médica fue una decisión correcta, porque a pesar de llevar tres días con antibióticos, V seguía con problemas abdominales y sus

análisis mostraban un empeoramiento en los valores relacionados con el hígado y la vesícula, sumado a lo encontrado en los ultrasonidos anteriores; esto hacía necesario volver a evaluar si existía algún otro problema dentro del abdomen que estuviera causando o empeorando su condición, especialmente por los indicios de complicaciones en la vesícula biliar, una actuación que coincidía completamente con lo recomendado en los protocolos médicos establecidos para estos casos.

62. Cabe destacar, que aunque en las indicaciones médicas de PSP6 correspondientes al 31 de octubre de 2023 se comentó la necesidad de la interconsulta al servicio de Cirugía General del HGR, en el expediente analizado no obró el formato de solicitud, motivo por el cual, PSP6, incurrió en inobservancia a lo establecido en numeral 7.2.1 de la NOM-Del Expediente Clínico; no obstante, a tal omisión administrativa no se le puede atribuir la evolución de V, como se abordará subsecuentemente.

63. El 1 de noviembre de 2023, PSP7, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, evaluó a V y encontró que presentaba presión arterial elevada, un episodio de bajada peligrosa de glucosa en sangre, confusión mental con dificultad para pensar con claridad, y seguía con dolor en la zona superior derecha del abdomen donde se ubica la vesícula, Lo que de acuerdo a la opinión médica era indicativo de que sus múltiples problemas de salud (diabetes, presión alta, posible infección abdominal y complicaciones hepáticas) continuaban sin controlarse adecuadamente a pesar de los tratamientos recibidos y V continuaba con la tendencia al deterioro.

64. Debido a que empeoraba el estado de salud de V, los médicos realizaron cambios importantes en su tratamiento: comenzaron a administrar los antibióticos directamente a través del líquido de diálisis (una forma más efectiva de combatir la infección), ajustaron

los sueros intravenosos para controlar sus niveles bajos de glucosa en sangre, y añadieron oxígeno adicional mediante una mascarilla especial, ya que en los últimos días sus niveles de oxígeno en sangre habían estado peligrosamente bajos (entre 76-85%, cuando lo normal es arriba de 90%), una condición que probablemente estaba relacionada tanto con sus enfermedades crónicas como con los graves problemas abdominales que presentaba.

65. Información que en consideración del personal especializado que elaboró la opinión médica, permitió concluir de forma clínica y laboratorio que V presentó datos aún de peritonitis, no obstante, los cirujanos manifestaron que no ameritaba tratamiento quirúrgico como lo señalaron en sus intervenciones previas.

66. El 2 de noviembre de 2023 a las 11:06 horas, PSP8, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, documentó que V se encontraba bajo el efecto de medicamentos para dormir y conectado a un respirador artificial. En ese momento, V mantenía estables su presión arterial, ritmo cardíaco y temperatura corporal (36.4°C). Sin embargo, se detectó que respiraba con dificultad en la parte baja del pulmón derecho, su abdomen lucía inflamado (posiblemente por acumulación de grasa o líquido) y su orina tenía un color anormal (relacionado con problemas en el hígado o la vesícula).

67. Los análisis de control ordenados por la especialista, junto con el estado general de V, mostraban que su salud había empeorado notablemente a pesar del tratamiento recibido: sus células de defensa contra infecciones (leucocitos) se habían duplicado (26,500) en comparación con los últimos análisis, seguía con niveles altos de bilirrubina (6.9) que explicaban su coloración amarilla y problemas en el hígado, aunque sus plaquetas (importantes para la coagulación) estaban normales; además, el estudio del

líquido extraído de sus pulmones reveló la presencia de sangre.

68. Tomando en cuenta el grave estado de salud de V y los resultados de sus análisis, PSP8 determinó que tenía un 80% de probabilidad de fallecer debido a una infección severa en las vías biliares que estaba afectando todo su cuerpo (choque séptico), por lo que solicitó urgentemente que el servicio de Cirugía General lo evaluara nuevamente; sin embargo, este servicio rechazó la solicitud argumentando que ya habían revisado a V anteriormente y consideraron que no era candidato para una operación, dejando al paciente sin esta posible opción de tratamiento a pesar de su crítico estado.

69. Ante esta situación crítica, PSP8 informó directamente a los directivos del hospital sobre la urgente necesidad de reevaluar a V, debido a su rápido empeoramiento y los graves problemas de salud documentados; esta intervención logró que se modificara el tratamiento actual y se ordenara realizar una tomografía del abdomen para obtener imágenes más detalladas de sus órganos internos y determinar con mayor precisión la causa de su deterioro.

70. Así, de acuerdo la opinión médica, el manejo realizado por PSP8 fue el adecuado, ya que V continuaba con dolor abdominal, problemas en la vesícula documentados previamente, empeoramiento neurológico, aumento persistente de células de defensa (leucocitos), niveles altos de bilirrubina y enzimas hepáticas, orina oscura y coloración amarillenta de la piel, además de necesitar ventilación mecánica, todo esto después de más de 48 horas de tratamiento para la infección abdominal relacionada con su diálisis, lo que hacía necesario descartar otras complicaciones intraabdominales, como una posible infección e inflamación de la vesícula biliar, relacionada con los hallazgos previos de líquido en la vesícula, engrosamiento de sus paredes y presencia de piedras

(cálculos), lo que llevó a PSP8 a agregar un nuevo antibiótico (metronidazol) al tratamiento, según quedó registrado en las notas de enfermería de ese 2 de noviembre de 2023.

71. En efecto, de acuerdo a las consideraciones del personal especializado que elaboró la opinión médica, la infección bacteriana en los conductos biliares de V, que PSP8 sospechaba, suele ocurrir cuando hay una obstrucción que impide el flujo normal de la bilis, permitiendo que las bacterias crezcan, aunque condiciones como la diabetes y problemas circulatorios también pueden contribuir; cuando se acumula pus bajo presión en estos conductos, las bacterias pueden pasar rápidamente al hígado y luego a la sangre, causando una infección generalizada grave (septicemia), que era precisamente lo que se temía en el caso de V dado su rápido deterioro.

72. Asimismo, el signo distintivo de una infección bacteriana en los conductos biliares, fue el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, coloración amarilla de V y fiebre; y aunque el dolor puede ser sorprendentemente leve y transitorio, a menudo se acompaña de escalofríos y rigidez abdominal. Los pacientes de edad avanzada, sobre todo, pueden presentar exclusivamente confusión mental, letargo y delirium; cuadro clínico con el que cursó V.

73. De acuerdo a la opinión médica, los resultados de los estudios de laboratorio sirven a menudo de ayuda para señalar a las vías biliares como fuente de la sepsis. En particular, en el 80% de los casos la concentración de bilirrubina es superior a 2 mg/dl, el recuento de leucocitos aparece elevado en el 80% de los pacientes, la concentración de enzimas hepáticas (fosfatasa alcalina) suele aparecer elevada y los valores de las enzimas del páncreas (amilasa), también pueden estar altos en caso de presencia

simultánea de pancreatitis.

74. Para detectar una infección bacteriana en los conductos biliares mediante estudios de imagen, los médicos buscan los mismos signos que cuando hay una obstrucción por piedras (cálculos), como el aumento del grosor de las paredes de estos conductos y otros cambios visibles en las radiografías o tomografías, ya que ambos problemas comparten características similares que permiten identificarlos con estos métodos.

75. Por ende, aunque los estudios de imagen no mostraron el ensanchamiento o bloqueo típico de los conductos biliares por piedras (que suele verse en estos casos), los resultados normales no descartaban completamente este problema, especialmente porque V presentaba múltiples señales de alarma: era diabético, tenía enfermedades que afectaban su circulación, mostraba piedras en la vesícula visible en estudios previos, no mejoraba con los tratamientos, su estado empeoraba rápidamente, presentaba coloración amarillenta en la piel y dolor persistente en la zona superior derecha del abdomen donde se ubica la vesícula, todas estas razones hacían necesario considerar seriamente que efectivamente tenía una obstrucción e infección en los conductos biliares que requería cirugía urgente para resolverla.

76. De ahí, que de acuerdo a la opinión médica, en casos de sospecha de infección bacteriana en los conductos biliares, implica tomar muestras para hemocultivos e iniciar tratamiento con antibiótico eficaz contra los probables microorganismos causantes (cefotaxima, metronidazol entre otros). Y con esta medida el estado del paciente debería de mejorar en 6-12 horas de iniciado el manejo y en la mayoría de los casos la infección se controla en 2-3 días, lo que no sucedió en el presente caso con V.

77. Ya que si después de 6 a 12 horas de vigilancia médica el paciente empeora, al presentar fiebre más alta, dolor intenso, confusión o presión arterial baja, es urgente desbloquear los conductos biliares, ya sea con un procedimiento especial o colocando un tubo de drenaje, porque la presión acumulada en la vesícula permite que las bacterias pasen a la sangre y se extiendan por todo el cuerpo, lo que en consideración de la opinión médica explicó por qué PSP8 insistió en que el servicio de Cirugía General reevaluara urgentemente a V para evitar esta complicación potencialmente mortal.

78. Así también la opinión médica indicó que, la evolución natural de la inflamación de la vesícula debido a la presencia de cálculos, resulta también una condición que puede derivar al desarrollo de un proceso infeccioso tanto en la vesícula como en las vías biliares.

79. En estas circunstancias, fue así, como el 2 de noviembre de 2023 a las 12:54 horas, V fue revalorado por AR3, adscrito al servicio de Cirugía General, quien citó de forma general los antecedentes y la evolución mostrada por V, a la observación, le describió intubado y con apoyo respiratorio, signos vitales en rangos normales, abdomen con catéter de diálisis abierto sin citar mayores datos de la exploración de esta región y extremidades con edema moderado. Durante la evaluación señaló los resultados de los estudios de laboratorio a los que se sometió, que mostraron una elevación de los leucocitos, bilirrubinas y enzimas hepáticas ya descritas, así como el ultrasonido de días previos.

80. Asociado a lo anterior, AR3 describió que ese 2 de noviembre de 2023, el paciente fue sometido a la realización de una tomografía de abdomen, estudio del cual no contaban aún con el reporte, no obstante, identificaban calcificaciones en la pared de la

vesícula biliar, sin presentar obstrucción de la vía biliar, (estudio que no obra en el expediente en cuestión). También se describió estudio gasométrico el cual presentaba hallazgos relacionados con un estado de acidosis metabólica⁷, condición estrechamente relacionada con el estado de colangitis sospechado y su gravedad. Adicionalmente, AR3 señaló la existencia de un examen general de orina cuyos resultados mostraban alteraciones relacionadas a un proceso infeccioso urinario, estudio que tampoco obra en el expediente analizado.

81. Expuestos tales datos, AR3 determinó que V presentaba un estado de choque séptico mixto de origen urinario y también por el catéter de diálisis peritoneal, motivo por el cual debía de ser valorado por el servicio de infectología para ajustar el tratamiento antibiótico brindado, además de Nefrología debido a la insuficiencia renal y las alteraciones hidroelectrolíticas desarrolladas, y determinó nuevamente su alta del servicio de Cirugía General a cargo de Urgencias.

82. Manejo proporcionado por AR3, que de acuerdo a la opinión médica del personal especializado fue inadecuada, ya que aunque se documentó un proceso infeccioso a nivel urinario como se refirió y de forma inicial cursó con criterios clínicos para el diagnóstico de peritonitis como ha sido desarrollado; paralelo a estos diagnósticos, omitieron considerar o descartar de forma integral, que no hubiesen derivado de un proceso inflamatorio y/o infeccioso de la vesícula y las vías biliares como lo sugirió el personal del servicio de Urgencias.

⁷ La acidosis metabólica es una afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos corporales. Se desarrolla cuando el cuerpo produce demasiado ácido o cuando los riñones no pueden eliminar suficiente ácido del cuerpo. Esta condición puede ser causada por diversas razones, incluyendo enfermedades como la diabetes no controlada.

83. Las evidencias clínicas mostraron que V evolucionó de forma desfavorable, con un deterioro progresivo y escasa respuesta al tratamiento. Presentó signos de infección generalizada como alteraciones en la sangre, disminución del estado de conciencia y dificultad respiratoria. El dolor abdominal persistió junto con hallazgos que sugerían inflamación biliar: dolor al presionar la zona vesicular, aumento del tamaño de la vesícula, engrosamiento de sus paredes, presencia de calcificaciones y cálculos internos, elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas, además de coloración amarillenta en la piel. Este cuadro completo indicaba una infección grave que afectaba múltiples órganos y requería intervención urgente.

84. Motivo por lo cual, acorde a la opinión médica, AR3 incumplió con lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS; omisión que favoreció el deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento; ya que los hallazgos clínicos documentados, evidenciaban la necesidad de manejo quirúrgico, tratamiento que no le fue proporcionado debido al retraso en el diagnóstico, el cual incluía la extracción quirúrgica de la vesícula biliar, el drenaje quirúrgico percutáneo de la bilis acumulada en la vesícula biliar y/o la colocación de un drenaje en la vía biliar; procedimientos considerados como efectivos para mejorar el cuadro séptico, que al no ser considerados, permitieron la progresión de la infección en la vías biliares y su propagación a la sangre, que finalmente se identificó como la causa de su defunción.

85. El 2 de noviembre de 2023 a las 19:50 horas, AR3 adscrito al servicio de Cirugía General evaluó a V y encontró que, además de los problemas respiratorios y el deterioro neurológico, el paciente presentaba un agravamiento generalizado que requirió

medicamentos para sostener su función cardíaca y presión arterial. V desarrolló retención de líquidos en todo el cuerpo y disminución en la producción de orina, lo que indicó una falla múltiple de órganos causada por la infección abdominal (en vías biliares) y urinaria, junto con una posible inflamación intestinal extensa. Ante esto, se solicitaron cultivos para ajustar el tratamiento antibiótico, un manejo que seguía los protocolos médicos establecidos pero que tendría poca efectividad si no se controlaba el foco principal de la infección, que en este caso incluía las vías urinarias, la vesícula y los conductos biliares.

86. El 3 de noviembre de 2023 a las 02:26 horas, según el registro de PSP10, V continuó con un deterioro progresivo a pesar de las múltiples intervenciones médicas realizadas, que incluyeron ajustes en los sueros intravenosos, corrección de desequilibrios electrolíticos, administración de medicamentos como esteroides y albúmina por vía endovenosa, así como otras medidas de soporte vital implementadas para controlar la infección generalizada que afectaba su organismo.

87. El médico PSP10 registró que los análisis de laboratorio mostraban un aumento aún mayor de glóbulos blancos, lo que se relacionó con las infecciones abdominales y urinarias ya conocidas, sin descartar que el paciente pudiera haber desarrollado una nueva infección intestinal (colitis pseudomembranosa), basado en lo observado en la tomografía abdominal previa que reveló líquido libre, septos⁸ delgados y cambios inflamatorios. Por esta razón, se solicitó la prueba para detectar la toxina de *Clostridium difficile* (bacteria causante de esta condición) y se pidió la evaluación del servicio de

⁸ Se definió al septo en la cavidad abdominal como una complicación de los cuadros repetidos de peritonitis, en ocasiones con adherencias intestinales y extravasación de líquidos, edema visible con infiltraciones de fluidos dentro de tejidos subcutáneos ocasionando falla en el drenaje de líquidos y equilibrios positivos.

Infectología, una recomendación que ya se había hecho antes pero que, por razones no especificadas, no se había llevado a cabo.

88. El 3 de noviembre de 2023 a las 14:00 horas, es decir, 6 días después del ingreso hospitalario de V, acorde con la nota elaborada por AR3, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, después de citar nuevamente los antecedentes, evolución, estudios y las valoraciones previas realizadas por la especialidad, observó que V estaba sedado, con apoyo respiratorio y adecuados movimientos respiratorios, sin alteraciones cardíacas, el abdomen globoso por tejido graso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, timpánico y con ruidos intestinales disminuidos.

89. La evaluación detallada de la tomografía del día anterior mostró la presencia de delgadas membranas en el líquido abdominal libre, relacionado con la diálisis, lo que no permitía descartar un proceso infeccioso asociado, junto con cambios inflamatorios generalizados en el intestino grueso que reforzaban la posibilidad de colitis pseudomembranosa como se había planteado previamente; además, se identificaron otras alteraciones no vinculadas directamente con el cuadro abdominal principal, como un quiste simple en el riñón izquierdo, acumulación de líquido alrededor de los pulmones, piedras en los riñones, aumento del tamaño de la próstata, endurecimiento de las arterias principales, hinchazón de tejidos blandos y otros hallazgos secundarios.

90. AR3 determinó que V presentaba graves problemas en los conductos biliares debido a una infección severa que causó un shock séptico, sumado a los diagnósticos previos de falla respiratoria aguda (que requirió tubo de respiración), enfermedad renal terminal en diálisis y presión arterial inestable que necesitó medicamentos de soporte; este

cuadro clínico, que se venía desarrollando desde días atrás, confirmaba el estado de sepsis generalizada que explicaba el rápido deterioro del paciente. Por esta razón, AR3 pidió al servicio de Endoscopia que realizara con urgencia a V un procedimiento especial con una cámara y tinte para revisar los conductos del hígado, vesícula y páncreas (CPRE); sin embargo, el servicio de Endoscopia determinó que V no reunía las condiciones necesarias para este estudio, según una evaluación que no quedó registrada en el expediente médico analizado.

91. Al rechazar el servicio de Endoscopia el procedimiento solicitado, AR3 decidió mantener a V con el tratamiento establecido (antibióticos y medidas de soporte) en Urgencias. Lo que de acuerdo a la opinión médica, resultó inadecuado porque ante la sospecha confirmada de una infección grave en los conductos biliares, que requería como método definitivo la endoscopia para diagnosticar, identificar piedras y drenar la bilis infectada, AR3 no consideró alternativas temporales como la descompresión percutánea o la colocación de un catéter biliar, procedimientos que también permiten drenar la bilis contaminada y mejorar el cuadro infeccioso, y que estaban indicados dada la crítica evolución del paciente.

92. Por consiguiente, AR3 incumplió con lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico, el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, omisión que favoreció el deterioro del estado de salud de V su posterior fallecimiento, ya que, al no considerar tales opciones terapéuticas se limitó el control oportuno de la fuente infecciosa, condición requerida para ayudar a la mejora del cuadro séptico.

93. La opinión médica destacó que el hecho de que AR3 solo considerara el diagnóstico

de infección en los conductos biliares en esa etapa avanzada refuerza lo expuesto en esta Recomendación: la falta de una evaluación integral y oportuna desde que V presentó los primeros signos de problemas biliares y comenzó a deteriorarse causó retrasos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento adecuado, lo que agravó su condición. La literatura médica especializada señala que en casos de infección en los conductos biliares, cuando las bacterias pasan de la bilis a la sangre, la descompresión de estas vías se convierte en una medida terapéutica esencial; la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) representa el método definitivo tanto para detectar piedras en los conductos biliares como para confirmar el diagnóstico, además de permitir el drenaje de la bilis infectada, una intervención crucial para salvar la vida del paciente.

94. Cuando no se dispone de CPRE, las alternativas de tratamiento efectivas, incluyen la colocación de un drenaje biliar a través del hígado (CTH), la descompresión mediante colecistostomía o, en otros casos, la cirugía exploratoria -opción no viable en ese momento por la inestabilidad del paciente. Estudios controlados demuestran que tanto la CPRE como las técnicas quirúrgicas de urgencia reducen significativamente las complicaciones y muertes en estos casos, un hecho que AR3 no consideró. En infecciones abdominales graves, controlar el foco infeccioso resulta fundamental para la supervivencia, pues todas estas medidas buscan disminuir la cantidad de bacterias en el organismo.

95. Finalmente el 3 de noviembre de 2023 a las 15:00 horas, el médico PSP11 del servicio de Cirugía General registró que V había fallecido a las 14:40 horas, después de que el personal de enfermería de Urgencias Adultos del HGR reportara la ausencia de signos vitales a las 14:30 horas, lo que se confirmó con un electrocardiograma plano; el

certificado de defunción, incluido en el expediente, indicó como causas de muerte un shock séptico y una infección grave en las vías biliares, ambas con 24 horas de evolución, condiciones relacionadas con el deterioro del paciente pero para las cuales no se agotaron todas las opciones de tratamiento disponibles, como quedó demostrado.

96. Es importante destacar además, que V cursó toda su estancia en el servicio de Urgencias durante su atención, lo que en consideración de la opinión médica fue una inobservancia del personal médico-administrativo adscrito a dicho servicio, a lo establecido en el numeral 5.6 de la NOM- Servicios de Urgencias, que señala:

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

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

97. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales⁹, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

⁹ Artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

98. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida, es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo¹⁰; en ese sentido, la SCJN ha determinado que existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado¹¹.

99. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021¹², señaló que:

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

100. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada prestación del servicio brindada a V, por AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito al HGR, también son el soporte que permitió acreditar la

¹⁰ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

¹¹ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

¹² 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

violación a su derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V, persona adulta mayor.

101. En la Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional se determinó que AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito a los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGR, en la atención médica que brindaron a V del 28 de octubre al 3 de noviembre de 2023, incurrieron en omisiones en lo que se documentó como una atención médica inadecuada e inoportuna, ya que durante las valoraciones realizadas por estos especialistas, no se consideró que además de la peritonitis secundaria a la diálisis peritoneal e infección de las vías urinaria con las que cursó V, las alteraciones clínicas manifestadas por V durante su evolución guardaban relación también con el desarrollo un proceso inflamatorio e infeccioso en la vesícula y/o vías biliares, por lo que debían realizarle una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el debido diagnóstico y, en su caso, la atención médico quirúrgica oportuna que requería V, lo que significó un retraso en su diagnóstico y por ende en su tratamiento.

102. Además, una vez establecido el diagnóstico tardío de infección severa en la vías biliares (colangitis), al no poderse ya realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el debido diagnóstico, por las condiciones delicadas en las que ya se encontraba V, AR3 no consideró agotar los medios terapéuticos indicados para el manejo de ese cuadro, como lo era un drenaje biliar trans hepático percutáneo (CTH) como alternativa efectiva, o considerar la descompresión y drenaje de la bilis.

103. De esta forma, fue que estas omisiones favorecieron el deterioro del estado de salud y el posterior fallecimiento de V, pues contribuyeron a la progresión del cuadro y el

desarrollo de choque séptico, estado que asociado a sus comorbilidades, patologías de base (edad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad vascular, EPOC, enfermedad renal crónica y diálisis peritoneal) y los otros procesos infecciosos diagnosticados (peritonitis secundaria a diálisis peritoneal e infección de las vías urinarias), condicionaron su fallecimiento.

104. Por lo anterior, en la opinión médica del personal especializado de esta CNDH se estableció que existió una inadecuada atención médica proporcionada por AR1, AR2, quienes incumplieron con lo previsto en los artículos GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, artículos 51 de la LGS y 9 y 48 del Reglamento-LGS; mientras que AR3 incumplió con lo previsto en GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, artículos 51 de la LGS y 9 y 48 del Reglamento-LGS; omisiones que generaron un diagnóstico inoportuno y favorecieron el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento de V, ya que contribuyeron a la progresión del cuadro y el desarrollo de choque séptico, estado que asociado a sus comorbilidades, patologías de base y los otros procesos infecciosos diagnosticados condicionando su desenlace.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR.

105. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno y a la atención prioritaria en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los

Estados Unidos Mexicanos¹³ y en diversos instrumentos internacionales en la materia¹⁴, esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del HGR.

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

107. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer,

[...] las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.

108. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales;

¹³ El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la prohibición de cualquier acto "(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".

¹⁴ Los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹⁵ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

109. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel *estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas*¹⁶. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

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

¹⁵ Organización de los Estados Americanos. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, el 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación. Si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, sí podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

¹⁶ 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.

un envejecimiento activo y saludable¹⁷.

111. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México¹⁸, explica con claridad que, respecto a la cobertura de los servicios de salud, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios, problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.

112. De igual forma, en la Recomendación 283/2024 se destacó que este derecho de las personas adultas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria¹⁹.

113. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores²⁰, en cuyos artículos 3, fracciones I y IX, 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, se dispone como principio rector la atención preferente para las personas

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

¹⁸ Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México, publicado el 19 de febrero de 2019, párrafo 418.

¹⁹ Recomendación 283/2024, párrafo 93.

²⁰ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

adultas mayores²¹.

114. El trato prioritario constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos²²; como en el presente caso en que se vulneró, el derecho humano a la protección de la salud de V, quien no recibió la atención médica adecuada del personal médico del HGR, acorde a la gravedad que presentó, en razón de lo cual las acciones y omisiones analizadas en el cuerpo de esta Recomendación fueron condicionantes para el agravamiento de su estado de salud, lo que tuvo como desenlace su fallecimiento.

115. De igual forma, en el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”²³.

116. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las personas adultas mayores se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de

²¹ Las instituciones de los tres niveles de gobierno, así como sectores social y privado deben implementar programas acordes a sus diferentes etapas, características y circunstancias; garantizar sus derechos de integridad, dignidad y preferencia, así como a la salud y de acceso a los servicios públicos; propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; además de la obligación que tienen las instituciones públicas del sector salud, de garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

²² CNDH. Recomendación 260/2022, emitida el 16 de noviembre de 2022, párrafo 66.

²³ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

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 el mayor bienestar posible.²⁴

117. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo²⁵, coincidiendo la OMS al precisar que son de larga duración²⁶.

118. También, es importante señalar que en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, que emitió este Organismo Nacional, se destacó:

*[...] Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.
[...]*

²⁴ Recomendación 260/2022, párr. 90.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

²⁶ OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

119. Ahora bien, en el presente caso, es importante referirnos a los antecedentes de V como persona adulta mayor con diálisis peritoneal que cursó con un cuadro de dolor abdominal, el cual manifestó alteraciones en las características del líquido de diálisis, cursó con fiebre, diarrea, náuseas y vómito, además de la sospecha diagnóstica de gastroenteritis; pero los médicos omitieron inicialmente, investigar y descartar si V presentaba un cuadro de peritonitis asociada a la diálisis peritoneal como era lo adecuado, dado que, las alteraciones documentadas se relacionaban con esa posibilidad diagnóstica, siendo esta una complicación común para ese tipo de pacientes, hecho que no se consideró a pesar de presentar criterios para su sospecha; y una vez diagnosticado, se omitió brindar el tratamiento idóneo, con lo que incumplió con lo establecido en la literatura médica especializada, la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico y el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, lo que favoreció en su momento el deterioro de su estado de salud, ya que, retrasó el diagnóstico y tratamiento, condicionando su fallecimiento.

120. Es por esto, que al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, que al momento de los hechos contaba con antecedentes patológicos, que debió recibir la atención médica preferencial y especializada en la HGR, a fin de evitar las complicaciones que presentó cuando no le brindaron una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud hasta la pérdida de su vida.

121. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica otorgada en el HGR impidió el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y careció de un enfoque

pro persona²⁷ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país.²⁸

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

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

123. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, 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.*”²⁹

124. Por su parte, la CrIDH en el Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, señaló respecto al expediente clínico que es instrumento guía para el tratamiento médico,³⁰

²⁷ El principio pro persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona>.

²⁸ CNDH; Recomendaciones 240/2022, párr. 90 y 243/2022, párr. 118.

²⁹ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

³⁰ CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68. “un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”.

inclusive la NOM-Del Expediente Clínico, es el conjunto único de información y datos personales de un paciente³¹, es decir, la debida integración de un expediente clínico decanta en un diagnóstico y tratamiento adecuado.

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

126. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho humano de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.³²

³¹ El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social.

³² CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

127. También se ha establecido que el derecho humano a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³³

128. 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 encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V.

129. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional y de acuerdo a la Opinión Médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, se detectó que de manera generalizada, el personal médico adscrito al servicio de Urgencias y Cirugía General del HGR, incurrió en inobservancia a lo establecido en los numerales 5.4, 5.10, 5.11 y 7.2 de la NOM-Del Expediente Clínico, ya que, las notas y reportes médicos no contenían nombre completo de quien las elaboró, lenguaje técnico médico sin abreviaturas, no se encontraron algunas de las notas de evolución y tampoco se preservaron todos los resultados y reportes de los estudios de laboratorio y gabinete practicados.

³³ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

130. Es de mencionar que la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico en las irregularidades en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se han señalado las omisiones en la que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas; no obstante, que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

131. Cabe resaltar que, a pesar de tales Recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

132. Por todo lo anteriormente expuesto, se acreditó que la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, así como acceso a la información en materia de salud,

como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

132.1. AR1, AR2 y AR3 omitieron una valoración y diagnóstico adecuado y oportuno, ya que durante las valoraciones iniciales realizadas por estos especialistas, no se consideró que además de la peritonitis secundaria a la diálisis peritoneal e infección de las vías urinaria con las que cursó V, las alteraciones clínicas manifestadas durante su evolución, guardaban relación también con el desarrollo un proceso inflamatorio e infeccioso en la vesícula y/o vías biliares, (colangitis), debiendo realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el debido diagnóstico y, en su caso, la atención quirúrgica oportuna, lo que significó un retraso en su diagnóstico y por ende en el tratamiento de V.

132.2. AR3 no consideró agotar los medios terapéuticos indicados para el manejo de V, como lo era un drenaje biliar trans hepático percutáneo (CTH) como alternativa efectiva, o considerar la descompresión y drenaje de la bilis mediante una colecistostomía; una vez establecido el diagnóstico tardío de colangitis, al no poderse ya realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el puntual diagnóstico, debido a las condiciones delicadas en las que ya se encontraba V.

133. Por lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 proporcionaron una atención médica inadecuada a V, toda vez que lo expuesto en líneas que preceden, reflejó la falta de esfuerzos para diagnosticar y brindar tratamiento especializado oportuno a V; lo que significó una dilación en el proceso de atención médica, incumpliendo las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas,

que prevén que:

I. Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...

VII. Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución. [...]

134. Cabe señalar que si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la persona paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

135. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa al OIC-ISSSTE, en contra de AR1, AR2 y AR3, personal médico

adscrito a los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGR por la inadecuada atención médica brindada a V, y del personal médico adscrito al HGR, que haya participado y en la inobservancia a la NOM del Expediente Clínico, a efecto de que, de ser el caso, la autoridad determine lo que en derecho corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

136. Asimismo, para efectos de que se informe posteriormente a este Organismo Nacional a través de su unidad de seguimiento, el avance y resultado de la misma, y en su momento la determinación respectiva, en la que se precisen los motivos y fundamentos jurídicos que ese OIC tomó en consideración para ello.

V.2. Responsabilidad Institucional.

137. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política:

[...] todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.[...]

138. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de

dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

139. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

140. En el presente caso, ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional misma que resulta solidaria, generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos que han sido señaladas en la presente determinación a personal médico dependiente del ISSSTE, encargado de la atención médica de V entre el 24 de octubre y 3 de noviembre de 2023, que incumplió con la observancia de las GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico y el artículo 51 de la LGS y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, NOM- Servicios de Urgencias y la NOM-Del Expediente Clínico, y cuyas omisiones favorecieron el retraso en la atención médica adecuada y oportuna que requería V y con ello haber evitado su fallecimiento.

141. Concluyendo esta Comisión Nacional que además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpliera con el marco normativo de las NOM- Servicios de Urgencias

y NOM-Del Expediente Clínico.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

142. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

143. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de

Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

144. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “*Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*”, de las Naciones Unidas; así como diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

145. En el Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú, la CrIDH enunció que:

*[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado [...], [...] 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 [...]*³⁴.

³⁴ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

146. Sobre el “*deber de prevención*” la CrIDH sostuvo que:

*[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...].*³⁵

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

i. Medidas de rehabilitación

148. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la LGV; así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales.

³⁵ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez vs Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

149. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV y en atención a la LGV, deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, la atención psicológica y/o tanatológica que en su caso requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará de conformidad 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.

ii. Medidas de compensación

150. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y allegados, el menoscabo de valores muy significativos, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.³⁶

151. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, a través

³⁶ *Caso Palamara Iribarne vs Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

152. 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.

153. De igual forma, en el caso de que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por las víctimas, de conformidad con el artículo 144, de la Ley General de

Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7, de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

154. 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 I, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

155. De ahí que el ISSSTE deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentara en el OIC-ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación, ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

156. 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 la víctima.

iv. Medidas de no repetición

157. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

158. Al respecto, el ISSSTE deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección de la salud, así como la debida observancia y contenido de las GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Urgencias y Cirugía General, del HGR, particularmente a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos y con

perspectiva de género para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

159. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGR, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico y la NOM-Del Expediente Clínico; a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo; así como para la adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

160. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y

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

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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos que el ISSSTE realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en atención a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, 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 las víctimas 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. En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Instruya a quien corresponda, a fin de que se colabore con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentara en el OIC-ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación, ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo. Hecho lo anterior, se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección de la salud; así como la debida observancia

y contenido de las GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGR, particularmente a AR1, AR2 y AR3, en caso de estén en un nosocomio diverso y continúen activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del HGR, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en las GPC-Peritonitis Infecciosa en Diálisis, la GPC-Laparotomía Diagnóstica, GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico, NOM- Servicios de Urgencias y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias y Cirugía General, a efecto de que las personas que presenten ese padecimiento, reciban una valoración interdisciplinaria por personas especialistas que estén capacitadas y familiarizadas con el mismo, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

162. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

163. 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.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM