

RECOMENDACIÓN NO. 101/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, AL TRATO DIGNO DE V COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS, A LA VIDA, ASÍ COMO EL DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, ATRIBUIBLES AL PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de junio de 2025.

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

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/825/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Tláhuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas, son los siguientes:

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía Adquirida en la Comunidad del IMSS	GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad
Guía de Práctica Clínica para el Manejo Médico Integral de la Fractura de Cadera en el Adulto Mayor del IMSS	GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera
Guía de Práctica Clínica para la Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto del IMSS	GPC-Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca
Hospital General Tláhuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	HGT
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Opinión Especializada en Materia de Medicina emitida el 11 de julio de 2024 por la Coordinación de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	Opinión Médica
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
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 3 de enero de 2024, esta Comisión Nacional tuvo conocimiento de las quejas presentadas por QVI y Q, quienes informaron que V se encontraba en internamiento en el HGT del ISSSTE tras haber sufrido una caída el 29 de diciembre de 2023, la cual le provocó una fractura en la cadera, respecto de la cual se programó intervención quirúrgica para el 5 de enero de 2024. Sin embargo, ésta última fue suspendida debido a la detección de un problema cardíaco que impedía su realización. Por esta razón, se consideró su alta hospitalaria sin que se le realizaran los estudios médicos pertinentes. El día 4 de enero de 2024, Q informó que lamentablemente V había fallecido.

6. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2024/825/Q**, y para documentar las posibles violaciones a los derechos humanos, se solicitó el expediente clínico de V y los informes correspondientes al ISSSTE, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Quejas presentadas por QVI y Q el 3 de enero de 2024, en las que se inconformaron con la atención médica proporcionada a V en el HGT.

8. Acta circunstanciada de 4 de enero de 2024, en el que Q informó a esta CNDH, que V lamentablemente había fallecido.

9. Oficio del 25 de enero de 2024, mediante el cual personal del ISSSTE remitió a este Organismo Nacional el expediente clínico de V, entre los que se destaca la siguiente documentación:

9.1 Nota médica del 30 de diciembre de 2023, suscrita por PSP1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGT.

9.2 Nota médica del 31 de diciembre de 2023, suscrita por AR1, personal médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT.

9.3 Registros clínicos de enfermería del 30 y 31 de diciembre de 2023.

9.4 Hoja de evolución del 1 de enero de 2024 a las 16:03 horas, suscrita por AR1 y AR2, este último personal médico también adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT.

9.5 Hoja de evolución del 2 de enero de 2024, de las 01:27 horas, suscrita por AR2.

9.6 Registros clínicos de enfermería del 2 de enero de 2024.

9.7 Imagen digital de los estudios radiográficos del tórax de V del 31 de diciembre de 2023.

9.8 Informe de resumen clínico de V, sin fecha, suscrita por AR2.

9.9 Nota de egreso de hospitalización del 3 de enero de 2024, a las 11:51, suscrita por AR3, médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT.

9.10 Registros clínicos de enfermería del 3 de enero de 2024.

9.11 Hoja de evolución del 4 de enero de 2024 a las 6:23 horas, suscrita por AR2.

9.12 Nota de egreso de hospitalización del 4 de enero de 2024 a las 7:00 horas, suscrita por AR2.

- 10.** Certificado de defunción de V a las 03:40 horas del 4 de enero de 2024.
- 11.** Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención que se proporcionó a V, en el HGT fue inadecuada.
- 12.** Correo electrónico del 10 de marzo de 2025, en el que se solicitó a Q y QVI comunicación con esta Comisión Nacional.
- 13.** Acta circunstanciada del 22 de abril de 2025, en la cual se hizo constar la llamada telefónica realizada con QVI, quien refirió a personal de este Organismo Nacional ser hijo único de V. Además, indicó que no presentó demanda, denuncia o queja alguna ante ninguna instancia respecto de los hechos que derivaron en el lamentable fallecimiento de V.
- 14.** Oficio dirigido al ISSSTE de fecha 15 de mayo de 2025, en el que se solicitó el estatus laboral de AR1, AR2 y AR3.
- 15.** Oficio emitido por el ISSSTE del 29 de mayo de 2025, en el que informó que AR1 y AR2 continúan activos en el HGT; por lo que respecta a AR3 señaló que causó baja en el año 2024.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

- 16.** El 22 de abril de 2025, QVI informó a este Organismo Nacional que no presentó demanda, denuncia o queja alguna ante ninguna instancia respecto de los hechos que derivaron en el lamentable fallecimiento de V.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

17. Del análisis realizado a los hechos y de las evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/825/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información pública en materia de salud en agravio de QVI, atribuibles al personal médico del HGT del ISSSTE, con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

18. El derecho humano a la protección de la salud consiste en que se garantice a toda persona el acceso a condiciones, bienes y servicios de calidad necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, es decir, el bienestar físico, mental y social, siendo indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. el derecho humano a la protección de la salud se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el artículo 1 Bis de la LGS; además, la SCJN ha emitido jurisprudencia al respecto,¹

¹ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

y esta CNDH ha emitido la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”.²

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

20. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2 y AR3 personal médico adscrito al HGT, en su calidad de garantes de conformidad con lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigentes al momento de los hechos, incumplieron su obligación de brindar atención médica adecuada, que derivó en la pérdida de la vida de V, violando su derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno como persona adulta mayor, así como al derecho humano de acceso a la información pública en materia de salud en agravio de QVI, lo cual será materia de análisis posterior.

² Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009.

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

❖ Antecedentes clínicos de V

21. V, una persona adulta mayor con diagnóstico de acromegalia³ desde hacía 45 años, enfermedad originada por un tumor benigno en la glándula pituitaria⁴, la cual fue resecada en el momento del diagnóstico. Para controlar los niveles de la hormona del crecimiento, V recibía tratamiento con medicamentos como levosulpirida⁵ y pregabalina.⁶

❖ Atención médica brindada a V en el HGT

22. El 30 de diciembre de 2023, a las 14:30 horas, V ingresó al servicio de Urgencias del HGT, pues a las 5:00 horas de ese mismo día, sufrió una caída mientras permanecía sentado a una altura de 60 centímetros, provocando un golpe fuerte en el lado derecho de la cadera, tras el cual, V no pudo reincorporarse y presentó un dolor severo en el área de tipo punzante.

23. De acuerdo con la nota médica inicial, PSP1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGT, indicó que V presentaba una presión arterial normal y una frecuencia respiratoria adecuada; sin embargo, su saturación de oxígeno

³ Es una enfermedad hormonal rara que se produce cuando el cuerpo genera niveles excesivos de la hormona del crecimiento, generalmente debido a un tumor benigno en la glándula pituitaria.

⁴ La glándula pituitaria, también conocida como hipófisis, está situada en la base del cerebro, específicamente en una depresión del hueso esfenoides llamada silla turca.

⁵ Es un medicamento que se utiliza principalmente para tratar una variedad de condiciones relacionadas con problemas gastrointestinales y trastornos psiquiátricos.

⁶ Es un medicamento que se utiliza principalmente para tratar condiciones relacionadas con el sistema nervioso.

estaba ligeramente baja y su frecuencia cardíaca era elevada. V se encontraba alerta, activo y cooperativo, sin alteraciones evidentes en la cabeza ni en los ojos, su tórax tenía una ventilación adecuada, sin ruidos anormales, y la auscultación cardíaca mostró latidos regulares y de buena intensidad. El abdomen no presentaba anomalías, pero las extremidades inferiores mostraban asimetría debido a un acortamiento en la pierna derecha. No había inflamación, la fuerza muscular era normal y, aunque el dolor impidió evaluar los movimientos, el estado circulatorio de la sangre era normal.

24. PSP1 diagnosticó una fractura en la cadera derecha y confirmó que V padecía acromegalia, enfermedad que ya recibía tratamiento. Ante esta situación, determinó que se debía hospitalizar. Como parte del tratamiento inicial, se le prescribieron analgésicos, soluciones intravenosas, antieméticos⁷ y cuidados generales de enfermería, incluido el control de signos vitales en cada turno. También se implementaron medidas de seguridad en la camilla, se supervisó la ingesta de líquidos, se monitoreó la glucosa en sangre y se mantuvo el control de la presión arterial y la saturación de oxígeno. Además, se solicitaron análisis de laboratorio y estudios complementarios.

25. De acuerdo con la Opinión Médica, el manejo inicial realizado por PSP1 cumplió con las pautas médicas especializadas, en particular con la GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera, así como con lo establecido en el artículo 51 de

⁷ Los antieméticos son medicamentos utilizados para prevenir o tratar las náuseas y vómitos, que pueden ser causados por diversas condiciones, como mareo por movimiento, efectos secundarios de quimioterapia, embarazo, infecciones gastrointestinales o anestesia.

la LGS⁸ y los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS.⁹ Con base en el historial médico de V, los síntomas que presentaba y los hallazgos clínicos, se determinó que requería hospitalización, tratamiento para el dolor y estudios complementarios para confirmar la fractura de cadera. Además de controlar el dolor y asegurar la inmovilización de la zona afectada, era imprescindible que un especialista en Traumatología y Ortopedia lo evaluara para confirmar la lesión y determinar el tratamiento adecuado.

26. De acuerdo con la nota elaborada por PSP1, cuando V ingresó al servicio de Urgencias, fue evaluado por el servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, quienes decidieron que debía ser trasladado a la sala de esa especialidad, dado que había camas disponibles. Sin embargo, no se encontró registro alguno de esta evaluación, lo que indica que el personal médico de esa especialidad no cumplió con lo dispuesto en el numeral 6.3 de la NOM-Del Expediente Clínico, como se detallará más adelante. A pesar de esta falta de documentación, la evolución de V no se vio afectada, ya que no se alteró el tratamiento inicial que se le había administrado.

⁸ Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

⁹ Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

27. Según lo señalado en la Opinión Médica, las fracturas de cadera son lesiones graves que afectan principalmente a personas adultas mayores. Por esta razón, se requiere una evaluación integral que incluya historia clínica y un examen físico para identificar signos como dolor, hinchazón y limitaciones en la movilidad. El diagnóstico generalmente se confirma mediante radiografías y, si es necesario, con una tomografía computarizada, ya que estos estudios son fundamentales para el diagnóstico preciso. En el caso puntual de V, que además, presentaba problemas de salud relacionados con su edad, había sufrido una caída y mantenía condiciones endocrinológicas asociadas a la acromegalia, el riesgo de que sufriera una fractura de cadera derecha que requiriera cirugía y de que desarrollara complicaciones podría ser considerable.

28. El 31 de diciembre de 2023, AR1, personal médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, documentó en una nota médica, que V presentaba dolor en la cadera, el cual se intensificaba al moverla. Durante el examen físico, no se detectaron problemas neurológicos, ni en el corazón ni en los pulmones. Sin embargo, al revisar las piernas, se observó que la pierna derecha estaba deformada, más corta y girada hacia adentro. Las radiografías confirmaron que V tenía una fractura completa en la cadera derecha, con varios fragmentos óseos que afectaban el fémur, lo que indicaba la necesidad de una intervención quirúrgica. Debido a esta situación, se decidió su ingreso al área de Cirugía General.

29. Según lo señalado en la Opinión Médica, el manejo brindado cumplió con las recomendaciones establecidas en la GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera, de la GPC-Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca, así como de lo previsto en los artículos 51 de la LGS, 9 y 48 del Reglamento-LGS ya enunciados con anterioridad. La gravedad de la fractura exigía una evaluación minuciosa antes

de la operación, especialmente considerando la avanzada edad de V y los riesgos asociados a posibles condiciones médicas adicionales. Asimismo, se consideró necesario iniciar un tratamiento con anticoagulantes para prevenir complicaciones.

30. Sin embargo, según lo descrito en la citada Opinión Médica, a pesar de que se indicó la valoración preoperatoria de V, no se encontró registrada la solicitud para dicha evaluación, por lo que AR1, quien ordenó dicho procedimiento el 31 de diciembre de 2023, incumplió con lo dispuesto en el numeral 6.3 de la NOM-Del Expediente Clínico, como se detallará en el apartado correspondiente; dicha omisión no afectó el estado de salud de V, ya que no requería una evaluación urgente en ese momento ni presentaba una complicación que justificara una intervención quirúrgica de emergencia.

31. De acuerdo con los registros de enfermería correspondientes a los días 30 y 31 de diciembre de 2023, V mantuvo niveles adecuados de presión arterial, una frecuencia respiratoria estable y una saturación de oxígeno dentro del rango normal. Sin embargo, se detectó una tendencia a la disminución de la frecuencia cardíaca, la cual no fue descrita.

32. El 1 de enero de 2024, a las 16:03 horas, AR1 y AR2, adscritos al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, diagnosticaron que V tenía una fractura transtrocantérica¹⁰ y, tras ser informados por V de una disminución del dolor, se limitaron a describir el estado de la extremidad inferior derecha e indicaron la necesidad de intervención quirúrgica. No obstante, se indicó que V debía ser valorado prequirúrgicamente. Sin embargo, no consta la solicitud para dicha valoración, en contravención con lo dispuesto en el referido numeral 6.3 de la NOM-

¹⁰ Transtrocantérica se refiere a una fractura en la zona proximal del fémur, entre los dos trocánteres.

Del Expediente Clínico, mismo que se desarrollará en el apartado correspondiente, aunque de acuerdo con la Opinión Médica, esta omisión no influyó en la evolución de V, dado que no requería de su intervención o valoración urgente y, como se abordará posteriormente, no fue candidato para ser intervenido por la fractura de cadera derecha debido a complicaciones relacionadas con el desarrollo de una arritmia cardíaca, la cual no guardaba relación con la fractura.

33. En la Opinión Médica, se indicó que, en el momento de la atención no se encontraron hallazgos clínicos que sugirieran la presencia de un foco infeccioso, y V mantenía parámetros normales, que incluía una saturación de oxígeno adecuada, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y presión arterial dentro de los rangos esperados. Sin embargo, se observó una tendencia a frecuencias cardíacas bajas, sin que se detallaran las posibles causas de esta condición.

34. El 2 de enero de 2024, a las 01:27 horas, en la nota elaborada por AR2 se describieron las mismas condiciones clínicas del miembro pélvico derecho que se habían señalado en la nota anterior. No obstante, no se mencionó la exploración física cardiopulmonar o abdominal. AR2 indicó que la valoración preoperatoria necesaria para programar la cirugía de V aún estaba pendiente. Mencionó que, debido al aumento en el número de leucocitos, se solicitaría un examen general de orina para investigar un posible foco infeccioso urinario; este estudio resultó sin evidencias de infección. Además, se solicitó una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de un proceso infeccioso, como una infección pulmonar o neumonía.

35. De acuerdo con la Opinión Médica, el manejo inicial fue adecuado para una fractura de cadera. Aunque a su ingreso el 30 de diciembre de 2023 se indicó la toma de una radiografía de tórax, hasta este momento de la atención ninguno de los médicos señaló si fue realizada o no, o en su defecto, si se identificó alguna anomalía.

36. Los registros de enfermería del 2 de enero de 2024 documentaron una frecuencia cardíaca y respiratoria adecuadas. La saturación de oxígeno fluctuaba entre el 89% y el 95%, y se observaron variaciones en la presión arterial, que aunque en su mayoría se mantenía dentro de límites normales, presentaba ocasionalmente una tendencia a la hipotensión.¹¹ De acuerdo con la Opinión Médica, estas alteraciones son inespecíficas y pueden estar relacionadas con múltiples causas, entre las cuales se incluye el desarrollo de neumonía.

37. Es así como la Opinión Médica refirió que la neumonía constituye una causa significativa de morbilidad en personas adultas mayores, ya que su prevalencia tiende a aumentar en edades avanzadas, y esto está asociado a diversos factores, por lo que se debe iniciar el tratamiento antibiótico lo más pronto posible una vez establecido el diagnóstico, dado que su inicio oportuno mejora el pronóstico de las personas pacientes.

38. De acuerdo con la Opinión Médica, en relación con la radiografía de tórax solicitada el 2 de enero de 2024, se observaron áreas con aumento de densidad y opacidades predominantes en la región basal del pulmón izquierdo, lo que dificultaba visualizar completamente el lóbulo inferior del mismo lado. También se

¹¹ La hipotensión es el término médico que se utiliza para referirse a la presión arterial baja. Es decir, cuando la fuerza con la que la sangre empuja contra las paredes de las arterias es menor de lo normal.

apreció una opacidad en el lóbulo superior que no era del todo clara. A pesar de que la técnica utilizada en el estudio radiográfico fue deficiente, como lo indica la rotación del tórax y un posible agrandamiento cardíaco, el estudio mostró un patrón anormal que podría estar relacionado con la infección pulmonar sospechada por el médico.

39. La misma Opinión Médica señaló que el mismo archivo contenía el primer estudio radiográfico de tórax realizado a V tras su ingreso a la unidad médica del 31 de diciembre de 2023. En este estudio también se evidenció un aumento de densidad u opacidad en la misma región basal del pulmón izquierdo. Sin embargo, es evidente que dicho patrón anormal se intensificó o aumentó en la imagen tomada dos días después, el 2 de enero de 2024, cuando se sospechó de una infección pulmonar. Estos hallazgos radiológicos no fueron descritos previamente por los médicos tratantes, y al asociarse con el aumento en el número de leucocitos, debían haber llevado a considerar la exclusión de un proceso neumónico.

40. Con respecto al tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera derecha del afectado, en un informe sin fecha precisa elaborado por AR2 se indicó que, mientras se completaba el protocolo necesario para la operación, se detectó un "ritmo cardíaco anómalo" durante un estudio electrocardiográfico. Esta situación llevó a consultar al servicio de Cardiología, quienes diagnosticaron una alteración del ritmo normal del corazón, que fue tratado mediante medidas farmacológicas y oxígeno suplementario, logrando revertir el cuadro sin complicaciones asociadas.

41. En este contexto, aunque no se cuenta con una nota que describa detalladamente el evento arrítmico, considerando que V era una persona adulta mayor, frágil, con una patología crónica como la acromegalia, la cual puede predisponer a alteraciones cardíacas, sumado a las irregularidades en el ritmo cardíaco y la sospecha de una infección pulmonar o neumonía, además de fluctuaciones en las constantes vitales, existen suficientes elementos para concluir que la suspensión del procedimiento quirúrgico inicialmente propuesto, en favor de un tratamiento conservador, está justificada debido al alto riesgo de complicaciones anestésicas y quirúrgicas.

42. Una vez administrado el tratamiento antiarrítmico y el manejo conservador para la fractura de cadera, así como el inicio del estudio por una posible infección, el 3 de enero de 2024 a las 11:51 horas, AR3, médico adscrito al servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, estableció el diagnóstico de fractura de cadera derecha.

43. En esta nota, AR3 determinó que V sería dado de alta de la unidad médica para continuar su tratamiento en casa, con seguimiento en consulta externa. Durante la exploración física, V refirió dolor leve en la extremidad inferior derecha, a nivel de la cadera, el cual aumentaba con la movilización activa y pasiva de la zona. V se encontraba consciente, orientado, con una hidratación y coloración de piel y mucosas adecuadas. En la exploración focalizada del miembro pélvico derecho, se observó una correcta alineación, posición e integridad, sin signos de daño neurovascular y con un llenado capilar de 1 segundo. Además, se registraron signos vitales estables: frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, presión arterial de 110/70 mmHg y una saturación de oxígeno de 93%. No obstante, estos valores no coinciden con

los registros de enfermería del mismo día donde se documentó una disminución de la saturación de oxígeno a 86%, llegando a un mínimo de 83%, presión arterial baja entre 90/55 y 84/50 mmHg, y una frecuencia cardíaca entre 50 y 56 latidos por minuto. Conforme lo que señaló la Opinión Médica, AR3 no realizó la evaluación de la región cardiopulmonar, a pesar de que el día anterior se sospechó una infección pulmonar y se indicó una radiografía de tórax, estudio que, aunque se llevó a cabo, no fue valorado.

44. La Opinión Médica señaló que AR3 decidió dar de alta a V con base en su evolución favorable, estado estable, buena tolerancia a la vía oral, así como la presencia de orina y evacuaciones normales. También mencionó que los "laboratorios de control" se encontraban dentro de los parámetros normales. Sin embargo, dichos estudios no estaban incluidos en el expediente clínico, ni se mencionan en la nota de egreso ni aparecen en las notas médicas posteriores.

45. AR3 al momento del alta indicó una serie de cuidados y tratamientos que incluían: mantener una dieta normal, tomar inhibidores de factores de coagulación, antiinflamatorios y analgésicos, protectores gástricos y laxantes. También recomendó reposo relativo, y evitar apoyar la pierna derecha hasta nueva orden, usar un cojín abductor, aplicar cuidados en la inmovilización, utilizar vendaje y medias antitrombóticas, realizar rehabilitación, aplicar frío en la cadera derecha, movilizar activamente el resto de las extremidades, y estar atentos a señales de alarma. Además, se dejó abierta la posibilidad de acudir a Urgencias y se programó una revisión en tres semanas en la Consulta Externa de Traumatología y Ortopedia.

46. De acuerdo con lo que se manifestó en la citada Opinión Médica, el 3 de enero de 2024, AR3 realizó una valoración y manejo inadecuados de V, toda vez que omitió efectuar una valoración integral que incluyera la exploración física de la región cardiopulmonar, la evaluación de los estudios radiográficos de tórax, y la revisión de eventos críticos como la desaturación de oxígeno y la bradicardia documentada por el personal de enfermería. Esta deficiencia impidió identificar las causas del cuadro clínico, particularmente descartar un posible proceso infeccioso pulmonar, como se había sospechado.

47. Además, continúa la Opinión Médica, que AR3 no consignó de manera veraz la disminución en el número de leucocitos ni las condiciones respiratorias de V. Tampoco consideró la continuidad del manejo intrahospitalario para descartar la infección, ni solicitó interconsultas con Geriátrica, Medicina Interna o Neumología, lo cual habría sido esencial para un abordaje integral. Esta omisión derivó en el deterioro progresivo del estado de salud de V y su posterior fallecimiento, al retrasar el diagnóstico y tratamiento de la neumonía o infección pulmonar que padecía, y que finalmente sería la causa de su defunción, como se detallará más adelante.

48. De acuerdo con la Opinión Médica, el actuar de AR3 contravino lo dispuesto en la GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera, en la GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad, y en los mencionados artículos 51 de la LGS, 9 y 48 del Reglamento-LGS.

49. En dicho análisis, se indicó que a pesar de que se había otorgado el alta, V continuó hospitalizado en el HGT bajo el cuidado del servicio de Traumatología y Ortopedia, mostró una tendencia a la disminución de la saturación de oxígeno

(entre 85% y 83%) y episodios de hipotensión arterial (entre 80/53 y 75/50 mmHg), según lo documentado en los registros de enfermería el 3 de enero de 2024. Sin embargo, el personal médico asignado al servicio antes referido, a cargo de V tras la indicación de alta, no realizó una evaluación clínica adecuada ni ajustaron el tratamiento a las condiciones de V. Dada la sospecha de un cuadro infeccioso pulmonar y considerando los antecedentes de V, los descensos en la presión arterial podrían haber sugerido un estado de choque, el cual no fue valorado adecuadamente. Esta omisión resultó en un mayor deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento, como se detalla en los párrafos siguientes.

50. De acuerdo con la nota de evolución de 4 de enero de 2024 de las 06:23 horas elaboradas por AR2, es decir, cinco días después del ingreso de V a la unidad médica, dos días después de la sospecha de un cuadro infeccioso pulmonar y un día después de haberse indicado su alta, el especialista reiteró el diagnóstico de fractura transtrocantérica derecha. En esta ocasión, V refirió nuevamente dolor en la región de la cadera derecha. Sin embargo, AR2 se limitó una vez más a realizar una exploración física enfocada únicamente en el miembro pélvico derecho, observando rotación externa, acortamiento, llenado circulatorio de 3 segundos y ausencia de lesión neurovascular aparente; datos clínicos que ya habían sido documentados en atenciones previas.

51. AR2 reiteró el plan de manejo, y señaló que, tras la valoración preoperatoria, que aún estaba pendiente, V sería programado para una intervención quirúrgica. Este enfoque fue propuesto a pesar de que, debido a sus enfermedades y complicaciones, V solo era apto para un tratamiento conservador de su fractura de cadera derecha. Además, volvió a indicar la realización de un examen general de orina y una radiografía de tórax, repitiendo las mismas recomendaciones que había

dejado en su nota del 2 de enero de 2024 de las 01:27 horas. De acuerdo con lo estipulado en la Opinión Médica, esto reflejó una deficiente continuidad en la atención, ya que no solo se reiteró información previamente registrada, sino que también se omitió considerar que dichos estudios ya habían sido efectuados. Asimismo, no realizó una exploración física completa de V, en particular de la región cardiopulmonar, a pesar de que él mismo había sugerido previamente la radiografía de tórax debido a la elevación en el conteo de leucocitos y la posible infección pulmonar.

52. Asimismo, en la Opinión Médica, se advirtió que existen fundamentos suficientes para concluir que la atención médica brindada a V el 4 de enero de 2024, a las 06:23 horas, por AR2 fue inadecuada, ya que omitió realizar una evaluación integral que incluyera la exploración física de la región cardiopulmonar de V y no revisó los estudios radiográficos de tórax que él mismo solicitó previamente el 2 de enero de 2024, los cuales presentaban resultados anormales.

53. Dicha Opinión Médica indicó que no se tomó en cuenta la evolución clínica de V, particularmente la tendencia a la desaturación de oxígeno y a la presión arterial baja, documentada por el personal de enfermería, lo que debió haberlo llevado a investigar posibles causas subyacentes, especialmente para descartar una infección pulmonar. En lugar de ello, AR2 no consideró la valoración complementaria por parte de los servicios de Geriatría, Medicina Interna o Neumología, la cual hubiera sido esencial para confirmar, descartar o tratar el cuadro de neumonía sospechada. Esta omisión retrasó el tratamiento adecuado, y contribuyó al deterioro progresivo del estado de salud de V, lo cual finalmente desembocó en su fallecimiento.

54. Por lo tanto, la Opinión Médica señaló que la valoración y el manejo realizados por AR2 incumplieron con lo dispuesto en las directrices de la GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera y la GPC-Neumonía Adquirida en la Comunidad. Además, se vulneraron disposiciones legales contenidas en el artículo 51 de la LGS, así como los artículos 9 y 48 del Reglamento-LGS, los cuales establecen criterios fundamentales para la adecuada atención médica, la evaluación oportuna y el tratamiento de los pacientes.

55. Tras el deterioro documentado por el personal de enfermería y el deficiente manejo integral previamente mencionado, el 4 de enero de 2024, a las 07:00 horas, de acuerdo con la nota médica elaborada por AR2 se confirmó que, durante la estancia de V en el área de Cirugía General del HGT, presentó signos de un proceso infeccioso pulmonar, tal como se había sospechado inicialmente. Adicionalmente, V sufrió un episodio de arritmia cardíaca en la que las aurículas (las cámaras superiores del corazón) latían de forma irregular, rápida y descoordinada, lo que requirió tratamiento antiarrítmico y la administración de oxígeno suplementario mediante puntas nasales de alto flujo para estabilizar su ritmo cardíaco.

56. En la misma nota, AR2 reiteró que, debido a las condiciones generales de V, el manejo de la fractura de cadera derecha debía ser conservador, a través de infiltración analgésica e inmovilización. Por lo tanto, en la Opinión Médica, se señaló que la documentación confirmaba que, además de la fractura, V presentaba complicaciones derivadas de un proceso infeccioso pulmonar que no fue diagnosticado ni tratado de forma oportuna y adecuada desde el momento en que se sospechó, lo cual contribuyó a la desmejora de su estado de salud.

57. Según lo signado por AR2, el 4 de enero de 2024, aproximadamente a las 03:15 horas, V experimentó un deterioro súbito de la función ventilatoria¹² que resultó en un paro cardiorrespiratorio.¹³ Sin embargo, esta hora no coincide con la nota de evolución elaborada por el mismo médico a las 06:23 horas, en la que no se describió ninguna alteración significativa en el estado de V. De acuerdo con la Opinión Médica, esta discrepancia pone de manifiesto irregularidades en el manejo clínico de V.

58. AR2 indicó que, a raíz del evento, se implementaron maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar,¹⁴ se logró restaurar el retorno espontáneo de la circulación después de 10 minutos. No obstante, V volvió a evolucionar hacia el cese de la función cardiovascular, por lo que se reiniciaron las maniobras durante 20 minutos adicionales, sin éxito en recuperar la circulación espontánea, lo que llevó a la determinación de su fallecimiento. Los diagnósticos de insuficiencia respiratoria aguda,¹⁵ con 20 minutos de evolución, y neumonía, con cuatro días de evolución, se consignaron en el certificado de defunción de V.

59. Conforme lo señaló la Opinión Médica, este registro corroboró que el deterioro del estado de salud y la defunción de V estuvieron directamente relacionados con un proceso infeccioso pulmonar (neumonía), que no recibió un abordaje adecuado

¹² La función ventilatoria se refiere a la capacidad del sistema respiratorio para movilizar el aire dentro y fuera de los pulmones, es decir, el proceso de ventilación pulmonar.

¹³ El paro cardiorrespiratorio (PCR) es una emergencia médica crítica que ocurre cuando el corazón deja de latir de forma eficaz y la respiración se detiene o es insuficiente para mantener la vida. Esto provoca la interrupción súbita del flujo sanguíneo y del oxígeno hacia los órganos vitales, especialmente el cerebro.

¹⁴ La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de maniobras de emergencia que se aplican cuando una persona ha sufrido un paro cardiorrespiratorio, es decir, cuando su corazón ha dejado de latir o ha dejado de respirar, o ambas cosas.

¹⁵ La insuficiencia respiratoria aguda es una emergencia médica que ocurre cuando el sistema respiratorio no puede realizar adecuadamente el intercambio de gases, es decir, no logra oxigenar la sangre ni eliminar el dióxido de carbono de forma eficiente.

ni oportuno. Desde el momento en que se sospechó la neumonía, no se procedió a un diagnóstico preciso ni se inició un tratamiento con antibióticos, lo que pudo haber mejorado significativamente el pronóstico de V.

60. En cuanto a las causas de defunción determinadas, la Opinión Médica señaló que era fundamental destacar que, según la literatura médica especializada, el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) se define como una falla respiratoria que compromete el intercambio de gases a nivel pulmonar, desarrollándose en un corto periodo de tiempo, ya sea en personas pacientes con o sin patología pulmonar previa. Esta condición afecta el transporte de oxígeno hacia los tejidos, entre otras alteraciones graves. El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda puede ser provocado por diversas causas, siendo la neumonía una de las más comunes, tal como fue diagnosticado en este caso. En los casos más graves, puede presentarse un paro respiratorio, como ocurrió en el cuadro clínico de V.

61. La Opinión Médica refirió que este deterioro progresivo, caracterizado por los síntomas mencionados, está relacionado con el fallo respiratorio que sufrió V, y confirmó la relevancia de un abordaje médico adecuado y oportuno en casos de neumonía o insuficiencia respiratoria para prevenir complicaciones fatales. Dado que se trataba de una persona adulta mayor, tanto la falla respiratoria como la neumonía que llevaron a su fallecimiento podían manifestarse de manera sutil, lo que resalta la importancia de un manejo integral y de una valoración adecuada. Por otro lado, la hipotensión arterial documentada el 3 de enero de 2024 por el personal de enfermería, que no fue tomada en cuenta por el equipo médico tratante y que se relacionaba con un estado de choque, representa otro factor que influyó en el cuadro clínico de V.

62. El tratamiento general del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, de acuerdo con la Opinión Médica, se centra en proporcionar medidas de soporte ventilatorio, cuidados generales y el manejo de la causa subyacente. En el presente caso, la falta de diagnóstico y tratamiento del cuadro neumónico, que estaba asociado a la insuficiencia respiratoria aguda, proporciona elementos suficientes para concluir que las omisiones descritas contribuyeron a un mayor deterioro del estado de salud de V y, en última instancia, a su fallecimiento. Adicionalmente, V presentaba otros factores de riesgo, como la fractura de cadera que requería manejo conservador, su avanzada edad, fragilidad asociada, acromegalia y alteraciones en el ritmo cardíaco. Todos estos elementos también estaban relacionados con el desarrollo del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, lo que resultó en un pronóstico desfavorable y una evolución insidiosa.

63. Asimismo, en la Opinión Médica, se señaló que, si bien el enfoque conservador para tratar la fractura de cadera derecha puede considerarse adecuado, el manejo integral de V no debía limitarse únicamente al tratamiento de dicha lesión. Además, no se puede ignorar que, asociadas a las irregularidades mencionadas, AR2 omitió determinar si la neumonía mencionada en el certificado de defunción fue adquirida en la comunidad o si se derivó de su estancia hospitalaria, como es requerido en estos casos. Esta omisión es significativa, dado que el origen de la neumonía tiene implicaciones en el abordaje clínico y en la responsabilidad médica.

64. Por lo anterior, se concluyó que desde un enfoque médico legal, la atención brindada a V, entre el 2 y el 4 de enero de 2024, fue inoportuna e inadecuada. Durante el manejo de la fractura de cadera derecha, omitieron realizar un abordaje integral que considerara las diversas alteraciones clínicas que presentaba V. Esta

falta de atención impidió la identificación y el tratamiento adecuado de la infección pulmonar o neumonía, lo que, a su vez, llevó a un mayor deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento, causado por el desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda.

65. También se señaló que, si bien la evolución y el desenlace trágico de V están estrechamente relacionados con la mala atención recibida, no pueden desvincularse de otros factores significativos, como la fractura de cadera, la necesidad de un manejo conservador, su avanzada edad, la fragilidad asociada, la acromegalia y las alteraciones cardíacas, incluida la arritmia manifestada, que también contribuyeron a un pronóstico adverso. Por lo tanto, de acuerdo con lo que señaló la citada Opinión Médica, la causa de su defunción fue el resultado de las omisiones mencionadas, así como de las patologías subyacentes y comorbilidades, elementos que, en conjunto, determinaron el desenlace fatal.

66. La Opinión Médica señaló enfáticamente que las atenciones médicas proporcionadas a V el 3 de enero de 2024, a las 11:51 horas, por AR3, responsable de su atención durante los turnos posteriores al alta indicada ese mismo día, así como las proporcionadas el 4 de enero de 2024, a las 06:23 horas, por AR2 adscritos al HGT fueron inoportunas e inadecuadas. Esto se debió a que, durante el manejo de la fractura de cadera derecha, AR2 y AR3 omitieron realizar un abordaje y manejo integral de las alteraciones clínicas que presentó V, lo que impidió identificar y tratar adecuadamente la infección pulmonar o neumonía que padecía, en contravención a lo establecido en la literatura médica especializada y en la GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera, así como en la GPC-Neumonía Adquirida en la Comunidad.

67. Finalmente, la Opinión Médica indicó que a pesar de que V presentaba diversos factores de riesgo (fractura de cadera y la necesidad de manejo conservador, su edad, fragilidad asociada, acromegalia y alteraciones cardíacas como la arritmia documentada), las omisiones descritas en la atención médica que se le proporcionó condicionaron un mayor deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento a causa del desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda. Esto ocurrió porque no se identificó ni se trató de forma oportuna la neumonía con la que cursaba.

68. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2 y AR3 incumplieron conjuntamente en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, vigentes al momento de los hechos; que en términos generales, establecen que toda persona paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud, a la vida y al trato digno de V como persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, así como el derecho al acceso a la información pública en materia de salud.

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

69. 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, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por el personal médico del HGT.

70. El derecho a un trato digno es el derecho de todo ser humano a ser tratado en condiciones de igualdad jurídica, social, económica, cultural y de cualquier otra naturaleza, con pleno respeto a la dignidad humana, se encuentra reconocido en la Constitución Política en el artículo 1, párrafo quinto y en diversos instrumentos internacionales en la materia, la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en su artículo 11.1 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 1, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

71. En específico con respecto a las personas adultas mayores, son aplicables los siguientes instrumentos internacionales, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 17, párrafo primero; el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 9; la Observación General 6 sobre Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

Humanos de las Personas Mayores y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

72. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que en su artículo 3, fracción I, señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más; los artículos 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, disponen como principio rector la atención preferente e integral para que las personas adultas mayores vivan una vejez plena y sana.

73. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

74. Por eso, las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, pues por su avanzada edad en ocasiones son colocados en situación de desatención, siendo este el principal obstáculo que las personas adultas mayores deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

75. La ONU 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”; por su parte, el sistema jurídico mexicano identifica a las personas en situación de vulnerabilidad como 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”.

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

“Para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento”.

77. De igual forma, en la Recomendación 8/2020 se destacó que este derecho de las personas 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 prioritaria.

78. 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 humanos; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

79. Partiendo de lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, con antecedentes de acromegalia, no recibió un trato prioritario que permitiera la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del HGT que derivaron en el fallecimiento de V.

80. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro-persona 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.

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA

81. El derecho humano a la vida es aquel que tiene por objeto el respeto al ciclo vital de todo ser humano, implica una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones y una limitación al actuar de los particulares,

para que ninguna persona prive de la vida a otra, el goce de dicho derecho es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.

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

83. Al respecto, la SCJN¹⁶ ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, ya que no solo se limita a prohibir la privación de la vida, sino la obligación de adoptar medidas positivas para preservar dicho derecho, en ese sentido, existirá transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.

84. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

¹⁶ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169

85. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,¹⁷ reconoce la existencia de diversos acuerdos que han sido creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, al anterior tipo de acuerdo se le denomina soft law, ya que 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, de los cuales destacan los siguientes: 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 médicos para preservar la vida de sus pacientes.

C.1. Violación al derecho humano a la vida de V

86. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR2 y AR3, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida, ya que incumplieron con su deber de garantizar una atención médica adecuada y oportuna, lo que resultó en la omisión de medidas necesarias para preservar la salud de V y evitar su fallecimiento. Dichas omisiones tuvieron un impacto directo en el deterioro de su estado clínico, comprometiendo su derecho fundamental a la vida.

87. Las deficiencias en la atención médica brindada a V, tales como la falta de una valoración integral, la omisión en la revisión y consideración de los estudios radiográficos de tórax, la ausencia de interconsultas con especialidades pertinentes como Geriátrica, Medicina Interna y Neumología, así como la falta de un

¹⁷ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

tratamiento oportuno para la neumonía, generaron un retraso significativo en su atención y tratamiento. Dichas omisiones impidieron la adopción de medidas médicas que habrían podido modificar el desenlace fatal.

88. El derecho a la vida impone a las autoridades y a los servidores públicos la obligación de garantizar su protección mediante la prestación de servicios de salud adecuados. En este caso, la atención deficiente por parte de AR2 y AR3 no solo constituyó una falta a los principios de diligencia y cuidado que rigen la práctica médica, sino que también resultó en una violación al derecho a la vida de V al privarlo de la posibilidad de recibir el tratamiento médico adecuado para su afección pulmonar.

89. Por lo anterior, esta Comisión Nacional concluye que las acciones y omisiones del personal médico implicado derivaron en la afectación del derecho humano a la vida de V, al no garantizar una atención adecuada y oportuna que habría permitido prevenir su fallecimiento.

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

90. El derecho humano de acceso a la información es aquel que garantiza a las personas el acceso a la información pública, buscar, obtener y difundir libremente la información en cualquiera de sus manifestaciones (oral, escrita, medios electrónicos o informáticos), implicando una obligación para el Estado permitir su acceso, en específico en materia de salud, tiene que ver con la debida integración del expediente clínico de cualquier persona paciente, así como a su acceso por parte de este y de su familia.

91. Este derecho está contemplado en el artículo 6, párrafo segundo de la Constitución Política; de igual forma en el ámbito internacional se encuentra reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 19; en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el numeral IV; en la Declaración de Principios sobre Libertad de Expresión en sus principios 2, 3 y 4; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19 y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el numeral 13.1.

92. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹⁸, 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”¹⁹.

93. Por su parte, la CrIDH²⁰ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una Guía para el tratamiento médico, para conocer el estado de la persona enferma y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

¹⁸ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

¹⁹ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

²⁰ Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, Corte Interamericana de Derechos Humanos, sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

94. 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.

95. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios 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 recibida²¹.

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

²¹ CNDH, Recomendaciones: General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendaciones 75/2023, párrafo 135; 24/2023, párrafo 91; 4/2023, párrafo 97; 244/2022, párrafo 75.

estado de salud de la persona²².

97. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

98. No obstante las Recomendaciones emitidas, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

99. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

100. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de las quejas presentadas por QVI y Q.

²² CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

101. En la Opinión Médica, se enfatizó la responsabilidad del personal médico, ya que desde su ingreso al servicio de Urgencias del HGT, no se encontró registro de la evaluación realizada por el personal de Traumatología y Ortopedia, lo que contraviene lo dispuesto en el numeral 6.3 de la NOM-Del Expediente Clínico.²³ La falta de documentación de dicha valoración impidió conocer con certeza la forma en que se determinó su traslado a la sala de esa especialidad y vulnera el derecho de V a contar con un expediente clínico completo y adecuado.

102. Asimismo, aunque se ordenó la valoración preoperatoria de V el 31 de diciembre de 2023, no se halló evidencia de la solicitud para dicha evaluación en el expediente clínico. Esta omisión incumple con la obligación de registrar de manera precisa todas las indicaciones médicas y obstaculiza la adecuada continuidad en la atención de V.

103. El 1 de enero de 2024, AR1 y AR2 diagnosticaron fractura transtrocantérica en V y ordenaron su valoración prequirúrgica, pero nuevamente no consta en el expediente la solicitud correspondiente. La ausencia de este registro implica una falta en la adecuada documentación del tratamiento planificado, en incumplimiento con lo estipulado en el referido numeral 6.3 de la NOM-Del Expediente Clínico.

²³ 6.3 Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con: 6.3.1 Criterios diagnósticos; 6.3.2 Plan de estudios; 6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y 6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.

104. En la nota médica del 3 de enero de 2024, AR3 indicó que los "laboratorios de control" de V se encontraban dentro de los parámetros normales; no obstante, estos estudios no fueron incorporados al expediente clínico ni se mencionan en la nota de egreso o en las subsecuentes notas médicas. La falta de estos registros impide verificar si los estudios fueron efectivamente realizados y si sus resultados influyeron en la toma de decisiones clínicas.

105. La discrepancia entre la hora del deterioro súbito de la función ventilatoria de V, registrada aproximadamente a las 03:15 horas del 4 de enero de 2024 por AR2 y la nota de evolución elaborada a las 06:23 horas por el mismo médico, en la que no se consignó ninguna alteración significativa en su estado, constituyó una vulneración al derecho a la integración del expediente clínico. Esta inconsistencia impide reconstruir de manera fidedigna la evolución de V.

106. Por lo anterior, la falta de una documentación adecuada contribuyó a la falta de un tratamiento oportuno y efectivo, exacerbando la situación crítica de V que derivó en un manejo médico que no cumplió con los estándares requeridos, en contravención con lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico, en sus numerales 5.1, 5.4, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.4 y 6.1.5²⁴ así como el 6.3 ya descrito con

²⁴ 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y

anterioridad.

107. Las omisiones en que incurrieron, si bien en opinión del personal médico de este Organismo Nacional no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, a que se conociera la verdad, por lo que se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico, al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

108. Esta ausencia de documentación adecuada obstaculizó que QVI pudiera acceder a información completa, veraz y verificable sobre el actuar del personal de salud, lo cual resulta particularmente relevante tratándose de un servicio público cuya actuación debe regirse por los principios de transparencia y rendición de cuentas. En ese sentido, la falta de registros clínicos confiables no solo incumple la normativa aplicable, sino que también impide ejercer el derecho a conocer la verdad respecto a los eventos ocurridos, afectando el acceso de QVI a mecanismos efectivos de esclarecimiento, supervisión institucional y búsqueda de justicia en el marco del sistema público de salud.

dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

109. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3 derivó en la violación de los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V como persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, así como del derecho de acceso a la información pública en materia de salud en agravio de QVI, de conformidad con lo siguiente:

109.1 AR1 no registró adecuadamente la evolución de los síntomas de V, omitió documentar con precisión los estudios solicitados y su interpretación; aunque indicó la valoración preoperatoria de V, no anotó la solicitud correspondiente; ordenó la valoración preoperatoria el 31 de diciembre de 2023 sin asegurar su correcta ejecución y registro, afectando la planeación del tratamiento.

109.2 AR2 omitió la evaluación de signos vitales clave y no consideró la posibilidad de un proceso infeccioso pulmonar. No llevó a cabo una exploración física completa de V, en particular en la región cardiopulmonar. Asimismo, no revisó los estudios radiográficos previamente solicitados, a pesar de que estos presentaban resultados anormales. Finalmente, omitió solicitar valoración complementaria por parte de los servicios de Geriatria, Medicina Interna o Neumología, lo que habría sido fundamental para confirmar, descartar o tratar la neumonía sospechada.

109.3 AR3 no realizó la evaluación de la región cardiopulmonar de V, a

pesar de que el día anterior se sospechó una infección pulmonar y se indicó una radiografía de tórax, la cual no fue valorada; omitió efectuar una valoración integral que incluyera la exploración física de la región cardiopulmonar, la evaluación de los estudios radiográficos de tórax y la revisión de eventos críticos como la desaturación de oxígeno y la bradicardia documentada por el personal de enfermería; no consignó de manera veraz la disminución en el número de leucocitos ni las condiciones respiratorias de V; y no consideró la continuidad del manejo intrahospitalario para descartar la infección ni solicitó interconsultas con Geriatría, Medicina Interna o Neumología, lo cual habría sido esencial para un abordaje integral.

110. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento de los hechos, que prevé que las personas servidoras públicas 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, observando las directrices de 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

111. 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 AR3²⁵, señaladas por la inadecuada atención médica brindada a V, a efecto de que, de ser el caso, dicha autoridad determine lo que en derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. Responsabilidad institucional

112. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Federal, “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.

113. 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

²⁵ Conforme al oficio emitido por el ISSSTE, causó baja el 31 de agosto de 2024, por motivo de su renuncia por jubilación.

de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y 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 aquéllos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

114. 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.

115. La CNDH advierte con preocupación que el ISSSTE, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el expediente clínico del HGT no cuenta con la formalidad necesaria en su integración; por tanto, la atención médica brindada en ese nosocomio no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

116. 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 1, 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 Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, 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.

117. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 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 Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V como persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, así como el derecho al acceso a la información pública en materia de salud en agravio de QVI, por lo que se deberá inscribir a V y QVI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la

presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

119. En el “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, la CrIDH enunció que:

“ (...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”²⁶

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

²⁶ CrIDH, *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

(...) 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.²⁷

121. 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

122. 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, 62 y 63, de la Ley General de Víctimas, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.

²⁷ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

123. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar a QVI, atención psicológica y/o tanatológica que requiera por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcance su total recuperación psicológica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género, ello con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada a V.

124. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, para salvaguardarle su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

125. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas y 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”.²⁸

126. Por lo que, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, con la finalidad de que V y QVI, sean inscritas en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a la CEAV de la presente Recomendación, 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 de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

127. De conformidad con los artículos 97, 98 y 99 de la LGV, 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 la víctima acreditada en la presente Recomendación no acuda 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 le 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,

28 “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

inalienables e irrenunciables.

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

129. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

130. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante 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 Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

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

iv. Medidas de no repetición

132. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, 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.

133. Las autoridades del ISSSTE, deberán implementar 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, a la vida y al trato digno de personas adultas mayores con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, en términos de la legislación nacional e internacional, así como debida observancia y contenido de la GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad, GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera y de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico del servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos laboralmente en dicho nosocomio. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

134. Adicionalmente, el ISSSTE deberá emitir una circular en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigida al personal del servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme guía a la legislación nacional e internacional y conforme a la GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad, GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera y de la NOM-Del Expediente Clínico; 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 el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

135. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

136. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos 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, así como de QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV respectivo, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso a QVI, atención tanatológica y/o psicológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como proveerle los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento previo información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta, para salvaguardar sus derechos, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, envíe a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante 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 Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Imparta en el término 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, a la vida y al trato digno de personas adultas mayores con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, así como la debida observancia y contenido de la GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad, GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera y de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal del servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT, en particular a AR1, AR2 y AR3, quienes deberán asistir al referido curso de capacitación en caso de continuar activa laboralmente en dicho nosocomio. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias; hecho lo cual, se envíen a este Organismo Nacional las pruebas con que se 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 diversa circular dirigida al personal del servicio de Traumatología y Ortopedia del HGT a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme guía a la legislación nacional e internacional y conforme a la GPC- Neumonía Adquirida en la Comunidad, GPC-Manejo Integral de la Fractura de Cadera y de la NOM-Del Expediente Clínico; 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. Designe 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.

137. 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 como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

138. 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.

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

haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

140. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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