

RECOMENDACIÓN No. 128/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V PERSONA MAYOR; ASÍ COMO, AL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI Y VI, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Ciudad de México, a 31 de octubre de 2025.

TITULAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Apreciable titular:

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°, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/PRESI/2024/7986/Q**, sobre la atención médica brindada a V persona mayor en el HGZ-6.

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

de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 64, y 115, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 10, 11 y 12, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas y procedimientos administrativos relacionados con los hechos, son las siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Residente/Interno de Pregrado	PMIP

4. En la presente Recomendación, la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se harán con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/CNDH
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	CEDH
Hospital General de Zona No. 6 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua	HGZ-6
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización Mundial de la Salud	OMS

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención Americana Sobre Derechos Humanos	CADH
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	LDPAM
Ley General de Salud	LGS

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético, IMSS-136-08	Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, IMSS-084-08	Guía de Práctica Clínica IMSS-084-08

PROCEDIMIENTO O INVESTIGACIÓN	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Queja Médica iniciada ante el IMSS	QM
Investigación Administrativa en el Órgano Interno de Control del IMSS	PROCEDIMIENTO OIC

I. HECHOS

5. El 29 de mayo de 2024, QVI presentó una queja ante la CEDH, la cual fue remitida el 30 de mayo de 2024 a este Organismo Nacional, en contra del personal médico del HGZ-6 del IMSS, en donde manifestó que, el 12 de mayo de 2024, V persona mayor con padecimiento de diabetes, acudió al Servicio de Urgencias de dicho hospital para atender una herida en un dedo del pie derecho, advirtiendo que éste se encontraba necrosado; sin embargo, el personal médico no le proporcionó

la atención que requería para recuperar su salud. Por lo cual, QVI solicitó la intervención de esta CNDH para la investigación de la atención médica de V.

6. De la investigación realizada por esta CNDH, se observó que V en su calidad de persona mayor permaneció internado en el HGZ-6 del 12 al 30 de mayo de 2024, ocasión en la cual se obtuvo su alta médica con el diagnóstico de pie diabético y amputación de la pierna derecha por debajo de la rodilla; reingresando V a dicho hospital el 4 de junio de 2024, donde permaneció hasta su fallecimiento ocurrido el 11 de junio de 2024; denotando que, la atención médica brindada a V como parte de un grupo vulnerable fue inadecuada y omisa lo que condujo a su fallecimiento como se describirá en el desarrollo del presente documento Recomendatorio.

7. En virtud de las manifestaciones de QVI, este Organismo Nacional, inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2024/7986/Q**, a fin de investigar las violaciones a derechos humanos en agravio de V en su calidad de persona mayor con motivo de la atención médica brindada por personal médico del HGZ-6 en el período de su hospitalización, para lo cual se solicitó diversa información al personal del IMSS, el cual proporcionó a esta Comisión Nacional, copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja de 29 de mayo de 2024, presentado por QVI ante la CEDH y remitida a este Organismo Nacional, mediante el cual narró los hechos motivo de su inconformidad sobre la atención médica que recibió V por parte de personas servidoras públicas del IMSS adscritos al HGZ-6.

9. Acta circunstanciada de 23 de julio de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI quien informó que V había fallecido en el HGZ-6.

10. Correo electrónico de 17 de septiembre de 2024, del personal adscrito a la Dirección Jurídica de la Unidad de Derechos Humanos del IMSS, por el cual adjuntó copia del expediente clínico sobre la atención médica brindada a V en su calidad de persona mayor el HGZ-6, del que entre otros se destacan los documentos siguientes:

10.1 Nota de egreso de 7 de febrero de 2024, a las 04:11 horas, elaborada por PSP1, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias adscrito al HGZ-6.

10.2 Triage y nota médica inicial de urgencias de 12 de mayo de 2024, a las 22:26 horas, elaborado por PSP2, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias adscrito al HGZ-6.

10.3 Indicaciones médicas de 13 de mayo de 2024, a las 22:41 horas, elaborado por PSP3, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias adscrito al HGZ-6.

10.4 Notas médicas y prescripción de 13 de mayo de 2024, a las 15:18 horas, elaborada por PSP4, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias adscrito al HGZ-6.

10.5 Nota de egreso de 13 de mayo de 2024, a las 17:30 horas, elaborada por PSP5, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias adscrito al HGZ-6.

10.6 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 13 al 14 de mayo de 2024, elaborada por personal médico del HGZ-6 no identificable.

10.7 Nota médica de 14 de mayo de 2024, a las 11:35 horas, elaborada por PSP6, personal médico adscrito al HGZ-6.

10.8 Notas médicas y prescripción de 15 de mayo de 2024, a las 00:54 horas, elaborada por personal médico del HGZ-6 no identificable.

10.9 Indicaciones médicas de 15 de mayo de 2024, a las 03:18 horas, elaborada por AR2 personal médico y PMIP1 persona médica interna, ambos adscritos al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.10 Nota de médica de 15 de mayo de 2024, a las 16:21 horas, elaborada por AR1 personal médico y PMIP1 persona médica interna, ambos adscritos al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.11 Nota de evolución de 17 de mayo de 2024, a las 05:14 horas, elaborada por AR1 y PMIP1.

10.12 Nota médica de 20 de mayo de 2024, a las 09:07 horas, elaborada por personal médico del HGZ-6 no identificable.

10.13 Nota de evolución de 23 de mayo de 2024, a las 05:57 horas, elaborada por AR1 y PMIP1.

10.14 Indicaciones médicas de 24 de mayo de 2024, a las 05:25 horas, elaborada por AR1 y PMIP1.

10.15 Nota médica de 27 de mayo de 2024, a las 13:18 horas, elaborada por AR1 y PMIP4, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.16 Indicaciones médicas de 27 de mayo de 2024, a las 13:20 horas, elaborada por AR1 y PMIP4.

10.17 Nota de evolución de 29 de mayo de 2024, a las 05:10 horas, elaborada por AR3 y PMIP3, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.18 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 29 al 30 de mayo de 2024, elaborada por personal médico del HGZ-6 no identificable.

10.19 Nota de egreso de 30 de mayo de 2024, a las 08:03 horas, elaborada por AR1 y PMIP1.

10.20 Indicaciones médicas de 4 de junio de 2024, a las 22:37 horas, elaborada por AR2 y PMIP2, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.21 Nota médica inicial de 4 de junio de 2024, a las 22:35 horas, elaborada por AR2.

10.22 Notas médicas y prescripción de 4, 7, 8, 9 y 10 de junio de 2024, a las 18:57, 05:02, 09:59, 15:00 y 08:08 horas, elaboradas por AR4 y PMIP2; AR1 y PMIP5; AR5 y PMIP5; AR6 y PMIP5; y AR1 y PMIP5, respectivamente, personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General adscrito al HGZ-6.

10.23 Indicaciones médicas de 6 de junio de 2024, a las 04:41 horas, elaborada por AR1 y PMIP5.

10.24 Indicaciones médicas de 8 de junio de 2024, a las 10:17 horas, elaborada por AR5 y PMIP5.

10.25 Indicaciones médicas de 9 de junio de 2024, a las 15:16 horas, elaborada por AR6 y PMIP5.

10.26 Nota de egreso de 11 de junio de 2024, a las 19:52 horas, elaborada por AR1 y PSP7.

10.27 Certificado de defunción de V de 11 de junio de 2024.

- 11.** Dictamen en Materia de Medicina de 29 de mayo de 2025, a través del cual personal de esta CNDH determinó que la atención médica y el tratamiento clínico brindado a V en el HGZ-6 fue inadecuado.
- 12.** Acta circunstanciada de 20 de junio de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI quien informó que VI se encargaba de la atención de V en su calidad de persona mayor.
- 13.** Acta circunstanciada de 26 de junio de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI quien informó que, no interpuso denuncia penal ante la autoridad ministerial, ni procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS por los hechos materia de esta Recomendación.
- 14.** Correo electrónico de 1 de agosto de 2025, mediante el cual personal del IMSS informó que, en términos del instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el IMSS, el presente caso fue sometido a la consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, a través de la QM en la cual se emitió acuerdo el 12 de junio de 2025, en sentido procedente desde el punto de vista médico.
- 15.** Acta circunstanciada de 17 de septiembre de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI quien informó que el Instituto Mexicano del Seguro Social, le notificó que dicho Instituto acordó como procedente la QM desde el ámbito médico.

16. Correo electrónico de 25 de septiembre de 2025, a través del cual, personal del IMSS informó que, en términos del Instructivo para el Trámite y Resoluciones de las Quejas Administrativas ante el IMSS, se remitieron los antecedentes del caso al Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones, del Órgano Interno de Control en el IMSS.

17. Oficio número SABG/OICGYR/AIDI02/1930/2025 de 30 de septiembre de 2025, suscrito por la persona titular del Órgano Interno de Control en el IMSS Oficina Regional número 2, por el cual informó a esta CNDH que, de la vista administrativa de la QM se inició el procedimiento de investigación administrativa en dicho órgano fiscalizador bajo el PROCEDIMIENTO OIC.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. Esta Comisión Nacional contó con evidencia de que el caso de V se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, a través de la QM, la cual se resolvió en sentido procedente desde el punto de vista médico.

19. Derivado del anterior procedimiento, se remitieron los antecedentes del caso al Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones, del Órgano Interno de Control en el IMSS, el cual inicio la investigación de la posible responsabilidad administrativa del personal médico bajo el PROCEDIMIENTO OIC, el cual se encuentra en integración.

20. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se contó con evidencia que permita acreditar que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la

autoridad ministerial o algún otro procedimiento administrativo diverso al mencionado anteriormente, con motivo de los hechos antes descritos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. Del estudio realizado tanto a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/7986/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional a partir de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas y perspectiva de persona mayor¹, 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 los criterios jurisprudenciales aplicables; tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias suficientes que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V persona mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, V y VI, atribuibles al personal médico del HGZ-6, en razón a las siguientes consideraciones:

A. PERSPECTIVA DE ATENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

22. A nivel mundial, se experimenta un aumento progresivo de personas adultas mayores, que se conoce como envejecimiento demográfico, el cual es ocasionado por una disminución de la mortalidad y fecundidad. Si bien las personas viven actualmente más años, ello no implica necesariamente que lo hagan en condiciones

¹ La perspectiva de derechos humanos aplicada a las personas mayores se caracteriza por reconocer los derechos de las personas mayores y su capacidad de ejercerlos, así como con las obligaciones de las autoridades al respecto, como incluir las múltiples vejezes, conciliar los diferentes principios y visibilizar las necesidades y las aportaciones de las personas mayores.

óptimas, pues diversos factores perjudican su proceso de envejecimiento, afectando su salud y calidad de vida. Tradicionalmente, la atención a la salud se ha centrado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sin considerar las diferentes necesidades y la participación de las personas en el proceso de atención.

23. Ante este contexto, la OMS en 2015 estableció a nivel mundial el compromiso para promover un envejecimiento saludable, y en el 2020 se declaró la “Década del envejecimiento saludable 2020-2030”, en la cual se propone garantizar que todas las personas puedan vivir con dignidad e igualdad y en un entorno saludable. En los servicios de atención integrada, para atender las necesidades y preferencias de las personas, así como considerar su participación, de la familia y la comunidad, es importante que se lleve a cabo una atención centrada en la persona, la cual, se define como una atención holística y personalizada que se sustenta en las relaciones de colaboración entre el personal de salud, la persona mayor, la familia y los amigos que la apoyan.²

24. El derecho humano a la salud de las personas mayores se encuentra en esa iniciativa global promovida por la OMS, la cual busca la colaboración de diversos sectores para mejorar la vida de las personas mayores y se enfoca en cuatro áreas: combatir el edadismo, es decir cambiar la forma de pensar y actuar sobre la edad y el envejecimiento, crear comunidades que fomenten las capacidades de las personas mayores, asegurar una atención centrada en la persona y servicios de salud que respondan a sus necesidades y garantizar el acceso a cuidados a largo plazo para quienes lo necesitan.³

² INAPAM, “Atención Integrada y Centrada en la Persona para el nuevo envejecimiento”, *Blog*, Ciudad de México, 2022, disponible en: <https://goo.su/LVgGyB9>

³ OMS, *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*, Ginebra, OMS, 2020, disponible en: <https://goo.su/MWOJsU>

25. En el preámbulo de la Constitución de la OMS, dispone que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

26. En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, se establece en su artículo 19:

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social...

27. En atención a lo señalado, la LDPAM, establece en su artículo 18:

Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores: I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica [...] II. Especial atención que deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención

y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable, en igualdad de condiciones para el ejercicio del derecho a la protección de la salud de las mujeres y los hombres; III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas...

28. La perspectiva de persona mayor promueve el empoderamiento de las personas mayores como sujetos de derecho, que disfrutan de garantías y tienen responsabilidades; dicho de otro modo, la circunstancia de ser persona mayor no equivale en sí misma a ser vulnerable, si no que, genera una condición que las hacen susceptibles de especial protección.

29. Conforme a lo anterior la perspectiva de persona mayor en los servicios de salud, se debe enforzar en garantizar la atención médica de calidad, integrada y centrada para garantizar su bienestar y una vida digna, priorizando los principios del Derecho a la Salud, atención Integral y calidad de la atención a la salud de personas mayores.

30. Lo anterior partiendo de la necesidad de una Atención Integrada, como lo ha señalado el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, refiriéndose a ésta como los servicios gestionados y brindados a personas, para recibir servicios asistenciales sin interrupción de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención al final de la vida en los diferentes niveles y centros del sector de la salud, considerando las necesidades a lo largo del curso de vida, con la finalidad de garantizar un envejecimiento saludable, más allá de una atención centrada en un diagnóstico y tratamiento de enfermedades, es recomendable que los servicios de atención a la salud brinden una atención integrada centrada en la persona, que

responda a las necesidades particulares de las personas adultas mayores conforme a los principios necesarios para llevar a cabo su planeación e intervención.⁴

B. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR VULNERABILIDAD DE V COMO PERSONA MAYOR

31. El derecho a un trato digno es aquel que tiene todo ser humano a ser tratado en condiciones de igualdad, tanto jurídica, como social, económica, cultural y de cualquier otra naturaleza, con pleno respeto a su dignidad humana, se encuentra reconocido en la CPEUM en el artículo 1, párrafo quinto y en diversos instrumentos internacionales en la materia, la CADH 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.

32. Se vulneró el derecho humano a un trato digno y a la atención prioritaria en agravio de V, debido a su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata desde que ingresó el 12 de mayo de 2024 al HGZ-6.

33. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”⁵ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

⁴ INAPAM, *op. cit.*

⁵ ONU, *Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos*, Nueva York, ONU, 2003, p. 8.

34. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”⁶ Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 de “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que las personas mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

35. El citado artículo 17 del “Protocolo de San Salvador”, en el rubro de “Protección a los Ancianos” señala que: “Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad”, por lo que “(...) los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica (...)”.

36. En atención a lo previsto por los artículos 6, 12 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, los Estados, adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la

⁶ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

persona adulta mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días en igualdad de condiciones con otros sectores de la población, debiendo tomar medidas para que las instituciones públicas ofrezcan a la persona adulta mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, al tener como derechos el acceso a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, física y mental, para lo cual deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona adulta mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

37. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas mayores, el 25 de junio de 2002, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la LDPAM, en cuyo artículo 3, fracción I, se define que son: “Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “(...) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”

38. Asimismo, entre otros derechos de las personas mayores, previstos en el artículo 5°, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al 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.

39. Adicionalmente, la LGS en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad”.

40. 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...⁷

41. De igual forma, en la Recomendación 8/2020⁸ 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

⁷ CNDH, *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México*, Ciudad de México, CNDH, 2019, párrafo 418, disponible en: <https://goo.su/vMz2id>

⁸ CNDH, *Recomendación 8/2020*, párrafo 93.

que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.

42. Por eso, las personas 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 mayores deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.⁹

43. El artículo 10, de la LDPAM, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de las personas mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque *pro persona*¹⁰.

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

¹⁰ El principio *pro-persona* se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. SEGOB, “¿En qué me beneficia el principio pro persona?”, *Blog*, Ciudad de México, 2016, disponible en: <https://goo.su/fzeDW6T>

44. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor, con antecedentes médicos de enfermedades crónico degenerativas, al presentar diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica y anemia, debió recibir atención prioritaria y especializada en el HGZ-6 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, autoridades señaladas como responsables en la presente recomendación, a fin de evitar las complicaciones que presentó y la omisión de brindarle una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud al grado de que dichas circunstancias inobservadas detonaron en la pérdida de su vida.

45. Así las cosas, de acuerdo con el Dictamen en Materia de Medicina emitida por personal especializado de esta Comisión Nacional, se desprende que, V era una persona de especial atención al ser una persona mayor, debido a la condición médica descrita, que durante su estancia hospitalaria en el HGZ-6 de más de 14 días, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no dieron un seguimiento y manejo adecuado a su estado de salud, toda vez que el 30 de mayo de 2024 egresó a V del HGZ-6 sin la atención adecuada, lo que conllevó a que V reingresara con complicaciones graves el 4 de junio de 2024, situación que lo llevó a su deterioro y posterior fallecimiento.

46. Es decir, pese al proceso biológico de envejecimiento y otras condiciones que acarrea la edad, las personas mayores son sujetos plenos de derechos, que tendrían que decidir, en lo posible, sobre su propia vida y vivir una vejez en dignidad; es por ello, que el Estado Mexicano tiene la obligación de proporcionar la atención médica que éste grupo poblacional requiere para prolongar la vida de calidad; al obstruir el acceso a la atención médica, se vulneró el derecho al trato digno con las omisiones administrativas y médicas observadas en el presente caso.

47. Anteriormente, esta Comisión, se pronunció que las personas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad¹¹, considerando que en México son particularmente susceptibles a

enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.¹²

C. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

48. El derecho humano a la protección de la salud consiste en que se garantice a toda persona las condiciones para alcanzar el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, siendo indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. De manera particular, el derecho a la salud de las personas mayores encuentra su especial protección en lo dispuesto en el artículo 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el que se establece la necesidad de “asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria”.

49. En el mismo sentido, en la Observación general N° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, en su apartado de “Disposiciones específicas del Pacto”, se señala la interpretación y alcance del

¹¹ CNDH, “Informe... *cit*”, párrafo 371.

¹² ONU, *op. cit.*, párrafo 8.

derecho a la salud física y mental, contenido en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señalándose que el garantizar el derecho a la salud de las personas mayores “comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales”.

50. Por su parte la LGS en sus artículos 2 fracciones II y V, 27 fracciones II y XI establecen que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, mediante atención médica integral de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, incluyendo como un servicio básico de salud la atención médica a las personas adultas mayores en áreas de salud geriátrica.

51. Así las cosas, en aras de mejorar la calidad de la prestación de servicios de atención médica es fundamental, efectuar un diagnóstico en personas mayores y que éste sea de forma integral e interdisciplinario y que vaya acompañado de un tratamiento oportuno basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado de acuerdo con la evolución del paciente, que garantice el respeto a su dignidad de persona humana y sus derechos humanos, considerando su situación de vulnerabilidad.

52. El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹³

¹³ Artículo 1o. Bis. Ley General de Salud.

53. La SCJN ha establecido que:

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas (...).¹⁴

54. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, coinciden en reconocer a la salud como un derecho humano fundamental, indispensable para garantizar una vida digna y el ejercicio de los demás derechos. De manera concordante, los tres establecen que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, así como al acceso a los servicios médicos y sociales necesarios, lo que impone a los Estados la obligación de adoptar medidas que aseguren su protección y pleno goce sin discriminación.

55. Al amparo de estas consideraciones, la Comisión Nacional ha tenido a bien determinar tanto en la Recomendación General No. 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*¹⁵ que:

¹⁴ Tesis 1a./J. 50/2009, DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXIX, abril de 2009, p. 164, registro digital: 167530.

¹⁵ CNDH, *Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”*, Ciudad de México, CNDH, 2009.

(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información) aceptabilidad y calidad. Además, advirtió que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado (...).

56. De igual manera, para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, estableciendo en el Objetivo tercero consistente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en cualquier etapa de la vida.

57. Ahora bien, es de señalar que la LGS contempla las dimensiones o rubros en los que se desarrolla la salud, que abarcan cuestiones relacionadas con la atención médica, entendida ésta como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, entre ellos, la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativa y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

58. Así las cosas, el derecho a la salud, atendiendo a la LGS que lo regula, comprende entre otros elementos: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico

capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas.

59. En este tenor, se desprende que, para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen los servicios de salud con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control, regulación y vigilancia que el Estado haga de los mismos. Esto es, para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales.

60. A lo cual, dentro de los servicios de salud y las actividades de atención médica que los configuran, se consideran las: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

61. A mayor abundamiento, el precepto normativo que regula las prestaciones de atención médica de la autoridad involucrada refiere que la atención médico-quirúrgica se configura como el conjunto de acciones tendientes a prevenir, curar o limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.

62. La SCJN ha señalado que el derecho humano a la salud impone a las autoridades la obligación de garantizar una atención médica oportuna, permanente y constante, asegurando tanto la asistencia como el tratamiento adecuado a las necesidades médicas y clínicas de cada paciente. Para ello, deben considerarse criterios subjetivos, objetivos, temporales e institucionales: los primeros, orientados a procurar el tratamiento terapéutico y farmacéutico del paciente; los segundos, a garantizar que dicho tratamiento sea adecuado; los temporales, a asegurar su prestación continua y oportuna; y los institucionales, a brindar la atención conforme con los más altos estándares de tecnología y especialización médica. Asimismo, la Corte enfatiza que el Estado mexicano debe crear condiciones que aseguren a todas las personas el acceso a servicios y asistencia médica en caso de enfermedad, adoptando medidas hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente la plena efectividad de este derecho¹⁶.

63. Estos criterios deben ser observables con independencia de que sea una institución de salud pública o privada la que se encargue de brindar el tratamiento al paciente, siempre y cuando integren el Sistema Nacional de Salud.

64. Ahora bien, es de considerarse que, en el campo de la medicina, los profesionales de la salud tienen, entre otros principios y deberes, el deber de cuidado, el cual tiene un doble origen, en los principios éticos y las exigencias científicas y técnicas. Así, este deber de cuidado significa la obligación fundamental del médico, a una conducta consistente en dar, hacer (acción) o no hacer (omisión), en orden a la finalidad de la relación, por lo que, entre las

¹⁶ Tesis 1a. XIII/2021, DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, t. II, marzo de 2021, p. 1225, registro digital 2022890.

obligaciones del médico, se destacan las siguientes:

64.1 Obligaciones de medios. En la cual, el médico se compromete a otorgar atención médica con la intención de lograr el mayor beneficio posible al paciente. Para ello, es responsable de utilizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; señalados por la ley vigente.

64.2 Obligaciones de resultado. En donde, el médico en ocasiones se compromete a ofrecer resultados determinados como consecuencia del servicio. Sin embargo, no tendrá que responder si los resultados no son los esperados, porque pueden presentarse casos, fortuitos o de fuerza mayor, imposibles de prever.

64.3 Obligaciones de seguridad. El médico, tratará de evitar un siniestro o minimizar los riesgos (p. ej. riesgo relativo al funcionamiento y al mantenimiento de la tecnología médica).¹⁷

65. Sobre esas consideraciones, el derecho fundamental de acceso a la salud comprende efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y seguimiento de este a fin de garantizar el máximo grado posible de salud.

66. Es fundamental que para la efectiva satisfacción de este derecho, los usuarios tienen el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato

¹⁷ Fernández Varela, Héctor y Sotelo, Gabriel, “El deber de cuidado del médico en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, Ciudad de México, vol. 62, núm. 3, mayo de 2019, pp. 40-49.

respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares así como al hecho de recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

67. Inclusive, el propio Reglamento de prestaciones médicas de la institución, es muy puntual al manifestar que el personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información necesaria sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

68. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.¹⁸

69. El hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina. Incluso, la SCJN ha establecido

¹⁸ CNDH, *Recomendación 56/2021*, párrafo 43.

de manera puntual y muy acertada que el médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y de las circunstancias concurrentes en cada caso; en consecuencia, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional de la salud.¹⁹

70. En el caso particular de las evidencias analizadas en el Dictamen CNDH se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 personal médico del HGZ-6 del IMSS, en el período comprendido del 12 de mayo hasta el 30 de mayo de 2024, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garantes a que les obliga los instrumentos nacionales e internacionales señaladas con antelación, en específico la fracción II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud, a la vida y al trato digno por las siguientes consideraciones:

C.1 VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V

C.1.1. ANTECEDENTES MÉDICOS DE V

71. En atención a las evidencias analizadas, se advirtió que V contaba con antecedentes médicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica (5 meses de evolución, sin dializar), anemia,

¹⁹ Tesis 1a. XXV/2013, ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. 1, enero de 2013, p. 621, registro digital 2002441.

comorbilidades a las cuales el personal médico del HGZ-6 omitieron dar importancia para el mejor manejo médico de V.

C.1.2 ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA A V

72. V persona mayor, sufrió una lesión en el segundo dedo del pie derecho que evolucionó en la condición denominada pie diabético, fue internado en el HGZ-6 del 12 al 30 de mayo de 2024, donde se le realizó una amputación de la pierna derecha por debajo de la rodilla, la cual desarrolló una infección y posteriormente fue dado de alta de manera anticipada. La operación de amputación se llevó a cabo el 27 de mayo de 2024 a las 13:18 horas, por AR1 y PMIP4, ambos del Servicio de Cirugía General del HGZ-6, describieron que el acto quirúrgico sucedió sin incidentes ni accidentes.

73. Las atenciones médicas brindadas a V durante el periodo en comentó no fueron adecuadas, esto porque AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no realizaron el tratamiento adecuado para evitar la progresión de la infección que cursaba V, además de no considerar sus comorbilidades ni su condición de persona mayor que en su conjunto condicionaban el estado de salud de V.

74. Por otro lado, el egreso hospitalario ordenado por AR1 el 30 de mayo de 2024, no fue adecuado ni seguro, puesto que V se hallaba en fase activa de respuesta inflamatoria secundaria a amputación, con riesgo de evolución desfavorable sin vigilancia hospitalaria, además de que con dicha decisión no fue posible efectuar un diagnóstico temprano y por tanto otorgarle un tratamiento oportuno a V.

75. El 4 de junio de 2024, V regresó al HGZ-6, en atención a que parte de la herida de la cirugía se le había abierto, salía pus de la misma zona, aunado a que en su pie el tejido estaba muerto²⁰, por lo cual, se le realizó estudio de laboratorios y gabinete, siendo diagnosticado con infección de herida quirúrgica y enfermedad renal crónica, fue tratado con diversos medicamentos. Posteriormente, el 6 de junio de 2024, V convulsionó, a partir de lo cual su cerebro sufrió daño importante además de tener un desequilibrio metabólico severo.

76. El 10 de junio de 2024, se programó una amputación de una parte de la pierna derecha por arriba de la rodilla. Para el procedimiento era necesaria la transfusión de cuatro paquetes de plasma fresco congelado, sin embargo, en el HGZ-6 sólo contaban con uno, por lo que se difirió por estas omisiones la cirugía y, al siguiente día, a las 16:17 horas V falleció.

77. Cabe destacar, que conforme a lo analizado en el Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, se observó que AR1 no se apegó a lo establecido en la bibliografía médica especializada vigente e internacionalmente aceptada, siendo en el caso en específico lo previsto en la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08, la LGS y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, específicamente, al omitir realizar una atención adecuada en ocho días de hospitalización, egresar a V del HGZ-6 el 30 de mayo de 2024, contribuyendo a su deterioro, que lo llevó a reingresar cuatro días después, ocasión en la que lo llevó a mayor deterioro del estado de salud y posterior fallecimiento de V, lo cual, también es concordante con las consideraciones médicas de la QM, en dónde se estableció que V fue egresado prematuramente el 30 de

²⁰ Este tejido se conoce como tejido necrótico y ya no puede realizar sus funciones normales, lo que puede causar síntomas como dolor, enrojecimiento e inflamación, y debe ser retirado (desbridamiento) para evitar infecciones y promover la curación.

mayo de 2024, con presencia de infección que condicionó su mayor deterioro de salud.

78. Por ende, con sustento en el Dictamen Médico emitido por el área especializada de esta CNDH, es posible determinar que hubo una atención médica inadecuada por parte del IMSS derivado del alta injustificada, el 4 de junio de 2024, lo que devino en el reingreso de V al HGZ-6 con complicaciones graves, mismas que se conjugaron con una serie de omisiones las cuales implicaron un mal manejo y seguimiento de V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en su segundo internamiento, que, aunadas a su edad, las condiciones clínicas de salud en las que se hallaba, la omisión en la referencia a la Unidad de Cuidados Intensivos, la falta de insumos críticos, el retraso quirúrgico y las comorbilidades con las que cursaba al momento de ser ingresado al HGZ-6, impactaron en su fallecimiento.

79. Del análisis previo, esta Comisión Nacional determina que se violó el derecho de protección a la salud en agravio de V, contraviniendo el estándar nacional e internacional en la materia, esto atento a las siguientes consideraciones:

80. El alta prematura y la falta de tratamiento adecuado incumplen la obligación del Estado de brindar la atención oportuna y suficiente, lo cual impidió prevenir la progresión de la infección y tratar sus comorbilidades, afectando así su bienestar y acceso a servicios de salud efectivos.

81. La omisión en la prevención de complicaciones y en el diagnóstico oportuno constituye un incumplimiento de la obligación de garantizar calidad en la atención médica, por otro lado, la falta de insumos críticos incumple la obligación de contar con materiales necesarios para atención segura.

82. En este sentido, se cuenta con elementos que acreditan que la atención médica brindada a V no cumplió con los principios de:

82.1 Disponibilidad. V no accedió a atención médica especializada pese a sus comorbilidades y padecimiento;

82.2 Accesibilidad. No se brindó a V el tratamiento adecuado para su padecimiento de pie diabético, debido a su egreso anticipado y no recibió tratamiento para el paciente grave;

82.3 Aceptabilidad. La atención médica no se brindó de forma digna y oportuna y se inobservó la perspectiva de persona mayor;

82.4 Calidad. Por las mismas consideraciones se incumplió con dicho precepto; advirtiéndose, además, la falta de insumos (paquetes de plasma fresco congelado), que provocó el retraso en la atención médica de V.

83. Lo anterior es compatible con la determinación procedente en el acuerdo de 12 de junio de 2025 emitido en la QM por la Comisión Bipartita en donde se estableció lo siguiente: “Es de mencionar que existió alta prematura...”.

84. Por consiguiente, se determina por parte de esta Comisión Nacional que se violó el derecho de V a la protección de la salud, contraviniendo los estándares nacionales e internacionales aplicables, incluyendo los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y adaptabilidad, así como las obligaciones reforzadas de atención diferenciada hacia personas adultas mayores, previamente analizadas en los apartados anteriores.

D. DERECHO HUMANO A LA VIDA DE LA PERSONA MAYOR

85. El derecho humano a la vida es inherente a toda persona y constituye un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. Su contenido implica una obligación para el Estado de respetar, proteger y garantizar el ciclo vital de cada ser humano, evitando y previniendo cualquier conducta, acción u omisión, ya sea por parte de las autoridades o de los particulares, que interfiera, impida o restrinja su ejercicio. Este derecho establece, además, un marco jurídico básico de protección, que impone al Estado el deber de adoptar medidas efectivas para salvaguardar la vida de las personas dentro del ámbito de sus funciones y frente a actos de terceros, lo anterior es, así pues

(...) no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción (...).²¹

86. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la CADH; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, normatividad que garantiza el Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, imponiendo el deber a los Estados Parte de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

²¹ CrIDH, *Caso Coc Max y otros vs. Guatemala*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.

87. Lo anterior conlleva la obligación de las instituciones de salud que brinden atención médica a las personas mayores a fin de garantizar “acceso no discriminatorio a cuidados integrales” a fin de que se “eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles”.

88. De igual manera, conforme al artículo 5º, fracción III y 18 de la LDPAM, tendrá derecho a tener acceso preferente a los servicios de salud, y de manera específica a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud.

89. En el mismo sentido, la LDPAM en su artículo 6 fracción I, las instituciones de salud garantizaran las condiciones óptimas de salud a las personas adultas mayores con el fin de lograr plena calidad de vida para su vejez, con enfoque en la atención preferencial de ese grupo poblacional.

90. Asimismo, el artículo 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el artículo 29, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto a que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

91. Por razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Al respecto, la SCJN 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.²²

92. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021²³, 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.

93. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que estuvieron a cargo de su atención en el HGZ-6, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida con base en lo siguiente:

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

94. La violación del derecho humano a la vida de un adulto mayor tiene una trascendencia profunda y grave, tanto a nivel individual como social. No solo implica

²² Tesis: P. LXI/2010, DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXXIII, enero de 2011, p. 24, registro digital 163169.

²³ CNDH, *Recomendación 39/2021*.

la pérdida de una vida, sino que también revela fallas estructurales en la protección de los más vulnerables. El derecho a la vida es inherente a cada ser humano, independientemente de su edad o condición. Violarlo en un adulto mayor menoscaba su dignidad, reforzando la idea de que algunas vidas son menos valiosas que otras.

95. Esta violación evidencia la negligencia del Estado para implementar políticas públicas que garanticen la seguridad, los servicios y la protección necesarios para la población mayor.

96. En el caso de V, esta Comisión Nacional, evidenció que las omisiones relativas a no considerar las comorbilidades que condicionaban el estado de salud a V, implicaron un mal manejo y seguimiento por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, ya que, durante su internamiento del 12 al 30 de mayo y del 4 al 11 de junio de 2024, cursó con complicaciones esperadas y previstas, ya que se advirtió que V contaba con diversos antecedentes médicos y no se dio un manejo adecuado del pie diabético evitando la progresión de la infección, omisiones por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6; aunado a lo anterior, el egreso anticipado de V, ordenado por AR1 el 30 de mayo de 2024, lo cual llevo a mayor deterioro del estado de salud y fallecimiento.

97. En el acuerdo de 12 de junio de 2025 emitido en la QM por la Comisión Bipartita del IMSS se acreditó que fue egresado el 30 de mayo de 2024, ocasión en la que se advirtió "...que existió alta prematura, con elevación de leucocitos la cual expresa una infección que condicionó su mayor deterioro...", conductas que se traducen en inobservancia a los numerales 2.1.4, 2.1.6 y 2.1.7 de la Guía de

Práctica Clínica Prevención y Diagnóstico de la Infección de Sitio Quirúrgico, así como de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto.

98. En el presente caso, se acreditó la violación a su derecho a la vida de V, por la inadecuada atención médica brindada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por lo siguiente:

98.1 Falta de una valoración y seguimiento adecuado por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumpliendo lo establecido en el artículo 33 de la LGS y en los artículos 8 y 9 del Reglamento de la Ley General de Salud lo que contribuyó al deterioro de la salud de V y a la postre en su deceso.

98.2 El egreso hospitalario ordenado por AR1 el 30 de mayo de 2024, no fue adecuado ni seguro, puesto que V se hallaba en fase activa de respuesta inflamatoria secundaria a amputación, con riesgo de evolución desfavorable sin vigilancia hospitalaria, además de que con dicha decisión no fue posible efectuar un diagnóstico temprano y por tanto otorgarle un tratamiento oportuno a V.

98.3 Se advirtió que V padeció de una crisis convulsiva seguida de un periodo prolongado de recuperación a la convulsión, que generalmente tiene una duración breve, sin embargo, en personas con daño estructural o desequilibrio metabólico severo, puede extenderse; en el caso de V, su presencia sugería compromiso encefálico global, lo que constituyó un criterio de gravedad neurológica y requería atención crítica inmediata, debiéndolo ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos, esto para que se llevara a cabo la vigilancia neurológica y un soporte vital, acciones que no se llevaron a cabo

por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumpliendo con ello el manejo de la urgencia.

98.4 Lo anterior, adicional a que no se documentó por personal médico ni personal de enfermería tal evento, por lo cual es imposible conocer el manejo brindado en el momento de la crisis y si se dejó o no indicado manejo neuroprotector.

99. Cabe mencionar que conforme lo dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos:

La atención de pacientes en estado agudo crítico tiene como uno de sus objetivos principales, que el equipo médico multi e interdisciplinario pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones (...) ²⁴

100. La situación anterior fue factor determinante de que a la postre fuera vulnerado el derecho a la vida en agravio de V, de las omisiones descritas se concluye que la atención médica proporcionada a V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que estuvieron a su cargo dentro el período comprendido entre el 12 al 30 de mayo y del 4 al 11 de junio de 2024, vulneraron en su agravio los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, pues omitieron efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento

²⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2013.

oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

101. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor, con múltiples padecimientos, debió recibir atención prioritaria y especializada en el HGZ-6 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, autoridades señaladas como responsables en la presente recomendación, a fin de evitar las complicaciones que presentó y la omisión de brindarle una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud al grado de que dichas circunstancias inobservadas detonaron en la pérdida de su vida.

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

102. 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 del paciente y su familia.

103. Este derecho está contemplado en el artículo 6, párrafo segundo de la Constitución Política, de igual forma en el ámbito internación 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 numera

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 CADH en el numeral 13.1.

104. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁵, 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 (...)

(...) La debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad (...).

105. La NOM-Del expediente clínico, en su párrafo segundo establece que:

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

²⁵ CNDH, *Recomendación General 29/2017, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud."*, Ciudad de México, CNDH, 2017, párrafos 27 y 35.

106. La misma Norma, en su párrafo 34, 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 estado de salud de la persona.

107. Así las cosas, el deber de informar es un requisito que se desprende legalmente de la Ley General de Salud y consiste en la explicitación de los derechos a la vida, integridad física y libertad de conciencia en aras de que se respete el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos como consecuencia necesaria de la información recibida.

108. Es decir, el principio de información es una forma de cumplimiento por parte de los médicos del deber de informar al paciente sobre el propio diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento, así como de las implicaciones, efectos o consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida.

109. El deber de informar radica entonces en un derecho de todo usuario de la atención médica y una obligación del respectivo profesionista médico-sanitario de otorgar los elementos informativos necesarios, a fin de que tales usuarios tomen una determinación adecuada a sus intereses en relación con su propio cuerpo.

110. Ante la insuficiencia de regulación, la SCJN²⁶ se pronunció acerca de que el otorgamiento de tal información consiste, como mínimo y dependiendo de cada caso concreto, en el estado de salud del paciente, el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas, así como los riesgos inherentes y los efectos que puedan tener tales tratamientos o intervenciones. El contenido que debe satisfacer este derecho no es inmutable, sino que se actualiza supuesto a supuesto. Por su parte, el sujeto de tal deber es, por regla general, el personal médico responsable del paciente y, en particular, aquellos profesionistas médicos que ejecuten un acto médico concreto (proceso asistencial, técnica o procedimiento invasivo, interconsulta, etcétera) que pueda incidir en la esfera de derechos de las personas pacientes.

111. El destinatario de esta información debe ser el propio paciente o las personas unidas al mismo por vínculos familiares, de hecho, o legales que jurídicamente puedan tomar una decisión sobre su atención médica. A saber, el personal médico tratante niegue que no cumplió con el deber de informar sobre los efectos secundarios de un tratamiento envuelve la afirmación expresa de un hecho (que se otorgó la información necesaria y de manera adecuada).

112. Así, si bien la información, como mínimo, ha de versar sobre los aspectos esenciales relativos al estado de salud de la persona paciente, el diagnóstico del padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias, los riesgos inherentes a ellas y las alternativas médicas existentes; también es cierto que el contenido de la información que el personal médico debe brindar al paciente se actualiza supuesto a supuesto, según las circunstancias de cada caso, pues el derecho-deber de

²⁶ Amparo Directo en Revisión 8253/2019, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación 13 de enero de 2021, pág. 69.

información, como proceso de diálogo continuo entre el médico y el paciente, no se agota en una etapa del acto médico en específico ni sigue pautas o formas determinadas, se realiza conforme resulte viable, en forma oral o escrita, aunque sí necesariamente en forma previa al tratamiento o intervención, asimismo, el grado o especificidad y la temporalidad de la información, también ha de ser acorde a las circunstancias y/o contexto, considerando la capacidad de comprensión del paciente, su deseo de ser informado o no, los niveles de riesgo que el acto médico implique.

113. En el supuesto ha quedado demostrado que los profesionistas médicos correspondientes no cumplieron con este deber de informar por lo que se actualiza un acto inadecuado que satisface uno de los elementos de la responsabilidad médica. Por ende, las omisiones descritas incumplen lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico, el artículo 33 de la Ley General de Salud, el artículo 8 de la Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

114. Del análisis al expediente clínico de V con motivo de su atención médica, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico en atención a lo siguiente:

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

115. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico por haber advertido omisiones en la expedición de notas médicas de evolución de fechas 16, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 28 de mayo, 5 y 6 de junio de 2024 e indicaciones médicas del 12, 14, 16, 18, 21, 26 30 de mayo y 5 de junio de 2024.

116. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, quienes a causa de las omisiones antes referidas, no dejaron constancia clara de la evolución de V, sus síntomas, la respuesta a tratamientos y los cambios clínicos, las omisiones o errores aumentan, porque no se conocen de manera precisa los antecedentes inmediatos o las indicaciones previas, sin la información clínica completa, los médicos pueden no tener los elementos para tomar decisiones adecuadas y fundamentadas, por lo cual incumplieron lo preceptuado en los numerales 5.1, 5.10, 5.11, 6.2 y 8.3, de la NOM-Del Expediente Clínico, con lo cual se vulneró el derecho humano a la información en materia de salud en agravio de QVI y VI, esto porque se les privó a que conocieran la verdad por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

117. De acuerdo con lo expresado en el Dictamen en Materia de Medicina emitido por personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Autónomo, se concluyó que la responsabilidad de AR1 provino del hecho de que, no se valoró que posterior a la cirugía de amputación por debajo de la rodilla derecha a V, éste se hallaba en fase activa de respuesta inflamatoria, secundaria a amputación y con el riesgo de evolución desfavorable sin vigilancia hospitalaria, por lo que incumplió su deber de cuidado en lo que toca al hecho de darlo de alta, toda vez que antes de decidir el egreso era imprescindible que se asegurara de una evaluación del origen de la leucocitosis (cultivos, imágenes y/o parámetros inflamatorios), así como de la ausencia de foco infeccioso no tratado o

en evolución, de los signos vitales estables, sin fiebre, dolor, sensación de falta de aire en pulmones, ni disfunción orgánica, marcadores de mejoría (PCR, procalcitonina²⁷ en descenso, hemocultivos negativos, herida quirúrgica sin signos de supuración) y señalar un plan claro de vigilancia ambulatoria, si fuera el caso.

118. Lo anterior deriva de que V presentaba una leucocitosis significativa²⁸, lo que deviene en que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no analizaran las comorbilidades que condicionaban el estado de salud de V, situación que derivó en una inadecuada atención médica lo que posteriormente conllevó al deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento, ya que lo indicado conforme a la recomendación de la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08 era haber realizado una evaluación clínica y verificar las causas de las enfermedades, especialmente si persistía sin explicación clara o si había otros signos de infección o inflamación activa, que bien podían obedecer a un origen multifactorial, como infección aguda severa o persistente postquirúrgica, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o choque séptico en fases iniciales, por ende la atención médica resultó inadecuada.

119. En este contexto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º, 2º fracciones I, II y V, 23, 27, fracción III, 32 y 51 párrafo primero, de la Ley General de Salud; 8 fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica 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

²⁷ La procalcitonina (PCT) es un biomarcador que aumenta principalmente en respuesta a infecciones bacterianas, siendo un indicador clave para el diagnóstico y pronóstico de la sepsis.

²⁸ (25,000 leucocitos/uL) y descontrol, glucémico (glucosa 191 mg/dL)

un diagnóstico oportuno y certero, y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V, y con posterioridad la consecuente pérdida de la vida.

120. Las omisiones en las que incurrió personal del HGZ-6, transgredieron lo dispuesto en el artículo 1° Constitucional. el cual señala que las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del Sistema Universal de las Naciones Unidas.

121. En este sentido, cuando una persona paciente es diagnosticada oportunamente con una enfermedad crónico-degenerativa, pero los médicos de la institución de salud pública correspondiente no realizan las gestiones para que reciba el tratamiento médico y el control requeridos y éste sufre un daño en su salud como consecuencia de la complicación del padecimiento, incurre en responsabilidad por omitir su deber de cuidado.

122. De igual forma se advierte incumplimiento de índole administrativo del Personal Administrativo del HGZ-6 ante la obligación de gestionar la disponibilidad de paquetes de plasma fresco congelado disponibles, toda vez que al no hallarse

los cuatro paquetes que requerían ser transfundidos a V, los médicos tratantes se vieron obligados a reprogramar el tiempo quirúrgico, inobservancia que provocó una atención inoportuna e ineficiente y una estancia prolongada de internamiento que agravó su situación de riesgo, con las consecuencias y desenlace ya referido.

123. Las personas servidoras públicas que laboran en las instituciones públicas de salud tienen la obligación de acatar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones y, por ende, se encuentran sujetos a responder administrativamente cuando su actuación sea irregular, toda vez que la prestación de los servicios médicos es una de las ramas de la administración pública federal que mayor reglamentación tiene y cuya observancia por parte del personal médico, técnico y auxiliar, resulta ineludible, como es el caso de los artículos 32, 33, 166 Bis 15, fracciones VI y VIII, de la Ley General de Salud, que definen a la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; establecen que las actividades de atención médica son preventivas, curativas (que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno), de rehabilitación y paliativas; e, imponen a los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, entre otras, la obligación de garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento, así como respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la propia ley.

124. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico con la calidad de persona servidora pública al momento de ocurrir los hechos vulneraron los derechos humanos de V; también con su conducta afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores

del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

125. En este sentido, este Organismo Nacional tuvo conocimiento del PROCEDIMIENTO OIC, el cual se radicó ante dicha instancia debido a la determinado en la QM. Derivado de lo anterior, el IMSS deberá colaborar ampliamente en el PROCEDIMIENTO OIC, a fin de que, en ejercicio de sus atribuciones, dicha instancia realice la investigación respectiva en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 y de ser el caso, resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Procedimiento Administrativo, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

126. Conforme a lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 1º de la Constitución Política:

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

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

128. 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.

129. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que, del análisis a la documentación del expediente clínico de V, se advirtieron diversas irregularidades al omitir haber realizado una evaluación clínica y etiológica completa correspondientes a la atención médica y enmarcadas en la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08, situación que repercutió de manera directa a V al no recibir una atención médica integral a la que todo paciente tiene derecho, que es la de obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad, idónea e integral, actividades de atención médica curativa con la finalidad que sea efectivo 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 no aconteció debido a las omisiones e irregularidades expuestas.

130. Por lo anterior, en el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la responsabilidad Institucional por parte del HGZ-6, toda vez que como se señaló previamente, la atención médica brindada a V no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, y toda vez que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para observar el debido cumplimiento de la literatura médica (Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08) y de las Normas Oficiales Mexicanas que orientan la atención médica y labor del personal médico y administrativo.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

131. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra, es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 64 y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública, debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los personas afectadas en sus derechos fundamentales, y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el

Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

132. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y IV; 26, 27, fracciones II, III, y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción IV; 88, fracciones 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 en agravio de V persona mayor; así como, al derecho a la información en materia de salud en agravio de QVI y VI, este Organismo Nacional les reconoce su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; por lo que, se deberá inscribir a V, así como a QVI y VI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas CEAV, a fin de que QVI y VI tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

133. 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 en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición,

obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a las personas responsables.

134. La salud es una meta prioritaria en sí mismo, a su vez, es el pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, ya que las posibilidades de que sean capaces los individuos para desplegarlas como tales, dependen de los logros en salud, en tanto un estado de bienestar general resulta indispensable para poder ejercer el resto de los derechos humanos que tutela la Constitución Federal, y, en consecuencia, para poder llevar una vida digna. De ahí que el derecho a la salud impone obligaciones positivas a los Estados parte, de las que se destacan, las medidas necesarias para la reducción de la mortalidad, el tratamiento de las enfermedades y, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

135. Respecto de la última obligación en comento, el precepto internacional no establece expresamente qué tipo de condiciones de asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, se encuentran obligados a establecer los Estados contratantes. Empero, la SCJN precisó un primer acercamiento a la extensión de la obligación de salvaguardar el derecho al disfrute del más alto nivel posible a la salud, en su vertiente de tratamiento de enfermedades y condiciones de asistencia y servicios médicos, puede colegirse que el Estado Mexicano se encuentra obligado a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en la convención.

136. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud, derecho a la vida y derecho a trato digno en agravio de V, por lo que se

considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

a) Medidas de Rehabilitación

137. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

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

b) Medidas de compensación

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

tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.²⁹

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

141. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante

²⁹ CrIDH, *Caso Bulacio vs Argentina*, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

legal o autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien, las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

142. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

c) Medidas de satisfacción

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

144. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente en el trámite y seguimiento del PROCEDIMIENTO OIC que se sigue ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a efecto de que dicha instancia, en el ámbito de sus atribuciones, realice la investigación respectiva ,sobre las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en agravio de V y de ser el caso, resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente. Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

145. Ante este respecto, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Procedimiento de Investigación.

146. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, en el 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 ésta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

d) Medidas de no repetición

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

148. Al respecto, es necesario que las autoridades del IMSS deberán emitir, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal médico de los Servicios de Urgencias y Cirugía General del HGZ-6, debiendo asegurarse que entre las personas a las que se dirija se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que contenga las medidas pertinentes de prevención, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno; así como, la debida observancia y contenido de la LGS, Reglamento de la Ley General de Salud, la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08 citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió informar a esta CNDH.

149. En este sentido, es necesario que el IMSS, en el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, diseñen e impartan un curso integral en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con

el derecho a la protección de la salud; a la vida, al trato digno, así como la LGS, Reglamento de la Ley General de Salud, la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08, al personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias y Cirugía General del HGZ-6, con inclusión de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de que continúen activos laboralmente en dicho nosocomio; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; éste será impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias de participación; remitiendo a este Organismo dichas evidencias para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

150. 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, en consecuencia, sumarse a una cultura de la 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.

151. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI y VI, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI y VI, 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 CEAV, atendiendo a la LGV, se deberá proporcionar en su caso a QVI y VI la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con las autoridades investigadoras con el seguimiento del PROCEDIMIENTO OIC ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que en su caso se investigue la actuación de AR1, AR2, AR3, AR4,

AR5 y AR6, por las omisiones o acciones en las que incurrió 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, dicha instancia en el ámbito de sus atribuciones, 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. Se diseñen e impartan un curso integral en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la protección de la salud; a la vida, al trato digno, así como la LGS, Reglamento de la Ley General de Salud, la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08, al personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias y Cirugía General del HGZ-6, con inclusión de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de que continúen activos laboralmente en dicho nosocomio; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; éste será impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias de participación. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya al personal médico de los Servicios de Urgencias y Cirugía General del HGZ-6, debiendo asegurarse que entre las personas a las que se dirija se encuentren AR1,

AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que contenga las medidas pertinentes de prevención en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno; así como, la debida observancia y contenido de la LGS, Reglamento de la Ley General de Salud, la Guía de Práctica Clínica IMSS-136-08, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

152. 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 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

153. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta

sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

154. Asimismo, de conformidad con el fundamento legal previamente citado, 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.

155. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos humanos, este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH