



RECOMENDACIÓN NO. 146/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE V, EN SU SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO PERSONA MAYOR; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3, POR PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN HERMOSILLO, SONORA

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2025.

**TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL 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°, párrafo primero, 4°, 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; 60, 128 a 133, y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2024/1733/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Hermosillo, Sonora.

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 en los hechos, son los siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Becario	PMB
Persona Administrativo Directivo	PAD

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas dependencias, instituciones y normatividad se hará mediante siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, mismos que podrán ser identificados como:

INSTITUCIONES	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad de Medicina Familiar No. 68 en Hermosillo, Sonora.	UMF-68
Hospital General de Zona No. 2 “Adolfo Félix Loustanau” del IMSS, en Hermosillo, Sonora.	HGZ No. 2

INSTITUCIONES	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Sonora, Jefatura de Servicios Jurídicos Departamento Contencioso del IMSS.	OOADS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	CONAMED
Órgano Interno de Control Específico en el IMSS.	OIC-IMSS
Fiscalía General de la República.	FGR
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.	CEAV
Organización de las Naciones Unidas.	ONU
Organización Mundial de la Salud.	OMS
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

NORMATIVIDAD	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
Ley General de Salud.	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	RPM-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.	NOM-016-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los Servicios de Salud que Establece los Criterios de Funcionamiento y en Atención en los Servicios de Urgencia en los Establecimientos de Atención Médica.	NOM-206-SSA1-2002
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	NOM del expediente clínico
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética y el Estado Hiperglucémico Hiperosmolar en Población Mayor de 18 años.	Guía de Práctica y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética

NORMATIVIDAD	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-104-08. Actualización 2015.	Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto. CENETEC. Actualización 2017.	Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto. Actualización 2009.	Guía de Práctica y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural. IMSS. Actualización 2016.	Guía de Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Sonora del IMSS.	Comisión Bipartita
Ley General de Responsabilidades Administrativas.	LGRA
Ley del Seguro Social.	LSS
Ley General de Víctimas.	LGV
Queja Médica iniciada en la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Sonora del IMSS.	QM
Recurso de inconformidad presentado en contra de resolución que declaró improcedente queja médica.	RI
Queja administrativa presentada por QVI ante la CONAMED.	Expediente Administrativo 1

I. HECHOS

5. El 31 de enero de 2024, QVI presentó una queja en esta Comisión Nacional, dónde manifestó presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V persona mayor, atribuibles al personal médico del del HGZ No. 2 del IMSS, señaló que

el 19 de septiembre de 2023 V, fue internada en ese lugar al ser valorada por personal médico se le detectó muy alta la glucosa, es decir tenía demasiada azúcar en la sangre, pero no fue posible suministrarle medicamento vía intravenosa¹ ya que no localizaron la vena del brazo, y se decidió la colocación de un catéter central².

6. En su narración QVI manifestó que, el personal médico le informó que requerían su autorización para intubar a V ya que presentaba problemas para respirar, accediendo de inmediato; momentos después, le comunicaron que al colocarle el catéter a V, se pinchó el pulmón derecho y su estado de salud era muy grave; el 21 de septiembre de 2023, la trasladaron al área de piso de ese hospital donde, ante la falta de una atención médica adecuada por parte del personal médico del hospital en cita, se omitió realizar los tratamientos correspondientes para sus padecimientos, lo cual contribuyó al deterioro de sus condiciones clínicas, prolongando su agonía y sufrimiento, negándole la oportunidad de acceder a cuidados adecuados y a una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte ocurrido el 21 de diciembre de 2023, con las causales de defunción; choque séptico³, neumonía⁴ e infección de vías urinarias⁵, por lo anterior QVI solicitó la intervención de esta CNDH para investigar los hechos.

7. En consecuencia, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2024/1733/Q**, a fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V, cuya

¹ Método para administrar líquido, medicamentos u otros fluidos en el torrente sanguíneo a través de una aguja o catéter insertado en la vena.

² Es un tubo largo y delgado que se inserta en una vena grande cerca del corazón para administrar líquidos, medicamentos, o nutrientes por un periodo prolongado.

³ Una infección, usualmente bacteriana, desencadena una respuesta inflamatoria en todo el cuerpo que se vuelve descontrolada, causando daño a los vasos sanguíneos y órganos.

⁴ Es una infección que afecta los pulmones, causando inflamación y acumulación de líquido o pus en los sacos de aire.

⁵ Es una infección en cualquier parte del tracto urinario, que incluye la uretra, la vejiga, los uréteres y los riñones.

valoración lógica-jurídica será objeto de análisis en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja de QVI de 31 de enero de 2024, en donde refirió irregularidades por parte del personal médico adscrito al HGZ No. 2, en la atención médica de V, persona mayor a la cual adjunto entre otros documentos el acta de defunción correspondiente y solicitó la intervención de esta Comisión Nacional para la investigación de los hechos.

9. Correo electrónico de 5 de marzo de 2024, del personal del IMSS mediante el cual, informó a esta CNDH sobre la radicación del QM y adjuntó el informe de 21 de enero de 2024, suscrito por personal directivo de la UMF- 68.

10. Correo electrónico de 21 de marzo de 2024, del personal del IMSS por el cual adjuntó copia del expediente clínico de V en el HGZ No. 2, del cual destacan las siguientes constancias:

10.1. Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias de 19 de septiembre de 2023, a las 04:33 horas, elaborada por PSP1 y PMB1 personal médico adscrito al área de Urgencias del HGZ No. 2, donde se clasificó a V con nivel de gravedad II código naranja, motivo de atención de ingreso disnea⁶, polipnea⁷ e hiperglicemia⁸.

10.2. Notas médicas y prescripción, nota médica de 19 de septiembre de 2023, a las 05:30 horas, elaborada por PSP1 y PMB1 donde se reportó colocación de catéter venoso central⁹ a V.

⁶ Dificultad respiratoria o falta de aire.

⁷ Respiración rápida y superficial.

⁸ Nivel elevado de glucosa en la sangre.

⁹ Tubo delgado flexible de material biocompatible como silicón o poliuretano que se introduce en los grandes vasos del tórax.

10.3. Notas médicas y prescripción, notas médicas de 19 de septiembre de 2023, a las 09:00 y 12:48 horas, realizadas por AR1 y PMB2 personal médico adscrito al área de Urgencias del HGZ No. 2.

10.4. Nota de Evolución, nota médica, nota de evolución nocturna de 19 de septiembre de 2023, a las 18:30 horas, elaborada por PSP2 personal médico adscrito al área de Urgencias del HGZ No. 2 y PMB2.

10.5. Nota de Evolución, nota médica, nota de evolución nocturna de 20 de septiembre de 2023 a las 02:09 horas, elaborada por AR2 personal médico adscrito al área de Urgencias del HGZ No. 2 y PMB2.

10.6. Nota médica inicial de 22 de septiembre de 2023 a las 05:47 horas, elaborada por AR3 y PMB3 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No. 2.

10.7. Nota de evolución, nota médica de 24 de septiembre de 2023 a las 15:11 horas, elaborada por AR4 y PMB4, personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, quienes reportaron a V con sonda pleurotomía¹⁰ y lesión renal.

10.8. Nota de evolución, nota médica, nota de valoración por el Servicio de Cirugía Cardiorrácica de 28 de septiembre de 2023 a las 08:57 horas, elaborada por AR5 y PMB5 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía torácica del HGZ No. 2.

10.9. Nota de evolución, notas médicas de 28 y 29 de septiembre de 2023 a las 13:45 y 13:47 horas, emitida por AR6, PMB6 y PMB7, personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No. 2.

¹⁰ Tubo delgado que se inserta en el espacio pleural (espacio entre el pulmón y la pared torácica) para drenar aire, líquido o sangre.

10.10. Nota de indicaciones médicas de 29 de septiembre de 2023, a las 08:00 horas, sin referir nombre de quien la elaboró, donde se reportó a V presencia de úlcera por presión en sacro grado III¹¹.

10.11. Nota de evolución, nota médica de 4 de octubre de 2023 a las 13:11 horas, elaborada por AR7 y PMB8 personal médico adscritos al Servicio de Cirugía Cardiotorácica del HGZ No. 2.

10.12. Formato de clínica de heridas de 5 de octubre de 2023.

10.13. Nota de evolución, nota médica de 7 de octubre de 2023 a las 12:48 horas, suscrita por AR8 y PMB9, personal médico adscrito a Medicina Interna del HGZ No. 2.

10.14. Nota de evolución, nota médica de 8 de octubre de 2023 a las 19:26 horas, elaborada por AR4 y PMB17 personal médico adscrito a Medicina Interna del HGZ No. 2.

10.15. Nota de evolución, nota médica de 13 de octubre de 2023 a las 10:46 en la que AR6 y PMB10 personal médico adscrito a Medicina Interna del HGZ No. 2.

10.16. Nota Postoperatoria de 13 de octubre de 2023 a las 17:30 horas, del Servicio de Otorrinolaringología, de nombre ilegible del personal médico que la elaboró, donde se refirió la colocación de cánula de traqueostomía¹² a V.

¹¹ Una úlcera por presión de grado III en el sacro es una herida profunda que afecta todo el grosor de la piel y el tejido subyacente

¹² Procedimiento quirúrgico que crea una abertura en la tráquea a través del cuello para facilitar la respiración.

10.17. Nota de Evolución, nota médica valoración por el servicio de cirugía general, de 16 de octubre de 2023 a las 19:51 horas, elaborada por AR9 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

10.18. Formato de “Jefatura de Servicios de Enfermería” con fecha de referencia de 19 de octubre de 2023.

10.19. Nota de evolución, nota médica 20 de octubre de 2023 a las 12:23 horas, elaborada por AR10 y PMB11 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

10.20. Nota de evolución, notas médicas de 24 y 25 de octubre de 2023 a las 11:06 y 10:57 horas respectivamente, elaboradas por AR11 y PMB12 personal médico adscrito a Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2 donde señalaron cultivos realizados.

10.21. Nota de evolución, nota médica, nota de Neumología de 2 de noviembre de 2023 a las 17:54 horas, elaborada por AR12 y PMB13 personal médico adscrito al Servicio de Neumología del HGZ No. 2.

10.22. Nota de evolución, nota médica, nota de evolución de jornada acumulada de 5 de noviembre de 2023 a las 15:34 horas, elaborada por AR13 y PMB14 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGZ No. 2.

10.23. Nota de evolución, notas médicas de 6, 7, 8, 9 y 10 de noviembre de 2023, de 19:36, 18:16, 18:17, 17:43, y 15:32 horas respectivamente, V fue valorada por AR14, PMB 14 y PMB15, personal médico adscrito al Servicio de

Medicina Interna del HGZ No. 2, quienes refirieron que a V se le realizó protocolo weaning¹³, se obtuvo índice de tobin¹⁴ de 150.

10.24. Nota de evolución, notas médicas de 14, 15, 16 y 17 de noviembre de 2023, a las 18:06, 17:50, 17:27 y a las 15:57 V fue valorada por AR14, PMB14 y PMB15, quienes reiteraron presencia de secreción serohemática¹⁵ en región sacra de V.

10.25. Nota médica, nota del Servicio de Neumología de 24 de noviembre de 2023 a las 13:37 horas, elaborada por AR12, en la que describió que V presentó derrame pleural, así como sospecha de fístula traqueoesofágica¹⁶ y propuso toracentesis diagnóstica y evacuadora¹⁷.

10.26. Nota médica de 24 de noviembre de 2023 a las 18:28 horas, elaborada por AR14 y PMB15, en donde se indicó persistencia de regurgitación¹⁸ de alimento por traqueostomía a V.

10.27. Nota médica de 26 de noviembre de 2023 a las 20:55 horas, realizada por AR4 y PMB15.

10.28. Nota médica de 27 de noviembre de 2023 a las 18:51 horas, elaborada por AR14 y PMB14.

¹³ Se define como weaning o destete al periodo de transición y retiro del soporte ventilatorio con presión positiva una vez que se ha resuelto la falla respiratoria aguda.

¹⁴ También conocido como índice de respiración rápida y superficial. Es un criterio utilizado para evaluar las posibilidades del éxito en el destete de la ventilación mecánica en pacientes intubados que respiran espontáneamente.

¹⁵ Mezcla de dos tipos de fluidos: suero y sangre.

¹⁶ Es una comunicación anormal entre el esófago y la tráquea, que permite que el contenido del esófago, como comida y líquidos, se filtre hacia la tráquea y los pulmones, lo que puede causar problemas respiratorios y digestivos.

¹⁷ Punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.

¹⁸ Es la llegada a la boca de contenido esofágico o gástrico.

10.29. Nota médica de 29 de noviembre de 2023 a las 20:16 horas, elaborada por AR5 y PMB16 personal adscrito al Servicio de Cirugía Cardiotorácica del HGZ No.2.

10.30. Nota médica, nota de IC Neumología de 7 de diciembre de 2023 a las 09:17 horas, elaborada por AR12 y PMB4.

10.31. Nota médica de 20 de diciembre de 2023 a las 07:11 horas, elaborada por AR3 y PMB17, donde se reportó a V con diaforesis¹⁹, taquipnea²⁰, desaturación²¹, taquicardia, crépitos rudos bilaterales²², contando con criterios para intubación orotraqueal.

10.32. Nota de egreso, nota de Defunción de 21 de diciembre de 2023 a las 08:36 horas, elaborada PSP3 y PMB6, donde se reportó el fallecimiento de V.

10.33. Certificado de defunción de V, en el cual se estableció como causas principales de muerte: Choque séptico; neumonía; infección de vías urinarias y Diabetes mellitus tipo 2.

11. Acta circunstanciada de 24 de abril de 2024, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar la aportación de QVI, consistente en copia del oficio No. 279001051100/403 de 6 de marzo de 2024 al que se anexó acuerdo de 12 de enero de 2024 emitido por la Comisión Bipartita por el cual declaró improcedente la QM y acta de audiencia de 24 de abril de 2024, emitida por la CONAMED mediante la cual se declaró concluido el Expediente Administrativo 1 por no haber sido conciliado.

¹⁹ Excesiva sudoración.

²⁰ Frecuencia respiratoria anormalmente alta.

²¹ Disminución en la saturación de oxígeno.

²² Sonidos respiratorios que pueden indicar problemas pulmonares.

12. Correo electrónico de 10 de junio de 2024, del personal del IMSS mediante el cual informó que, QVI presentó RI en contra del acuerdo que declaró improcedente la QM.

13. Correo electrónico de 19 de julio de 2024, del personal del IMSS por el cual adjunto copias del expediente clínico de V en el HGZ No. 2, del cual se destacan las siguientes constancias.

13.1. Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de 19 de septiembre de 2023.

13.2. Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de 21 de septiembre de 2023.

14. Acta circunstanciada de 13 de noviembre de 2024, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar comunicación telefónica con QVI ocasión en la cual manifestó que, en relación con los hechos de su petición, no ejerció acción legal ni administrativa ante FGR y OIC-IMSS.

15. Acta circunstanciada de 5 de diciembre de 2024, elaborada por personal de este Organismo Autónomo en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI en la que refirió que a V le sobreviven sus otros hijos VI1, VI2 y VI3.

16. Dictamen en Materia de Medicina de 29 de enero de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, donde se concluyó que la atención brindada a V en el HGZ No. 2, fue inadecuada.

17. Correo electrónico de 4 de marzo de 2025, enviado por personal del IMSS donde indicó el nombre completo, matrícula, cédula profesional y especialidad del personal médico que le brindó atención a V en el HGZ No. 2.

18. Oficio FGR/FEMDH/USQCR/1318/2025 de 6 de marzo de 2025, al que anexó entre otros el oficio No. 2652/2025 de 4 de marzo de 2025, por el cual, personal de la FGR informó que no se encontró registro alguno de denuncia presentada por QVI.

19. Correo electrónico de 13 de marzo de 2025, del personal del IMSS por el cual informó el memorándum No. 279001410100/057 de 7 de marzo de 2025, donde se comunicó que RI se concluyó por acuerdo de desechamiento número 583 de 31 de julio de 2024, dictado por el OOADS; de igual forma, se indicó que AR1 se encontraba adscrita al Hospital General de Zona No. 14 del IMSS, en Hermosillo, Sonora.

20. Correo electrónico de 24 de marzo de 2025, enviado por PSP4 personal del OIC-IMSS, al que adjuntó el oficio SABG/OIC/050GYR/AIDI01/55/2025 de 14 de marzo de 2025, por el cual el OIC-IMSS comunicó que no se localizó registro de denuncia administrativa interpuesta por QVI.

21. Acta circunstanciada de 15 de abril de 2025, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar comunicación telefónica sostenida con QVI en la que refirió, que tanto él como VI1, VI2 y VI3 se vieron afectados psicológicamente por motivo del fallecimiento de V.

22. Acta circunstanciada de 4 de junio de 2025, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar la comparecencia de QVI en la que refirió, que tanto él como VI1, VI2 y VI3 se vieron afectados psicológica ocasión en la cual aportó su acta de nacimiento.

23. Acta circunstanciada de 23 de septiembre de 2025, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar la comunicación con QVI ocasión en la cual informó a esta CNDH que por los hechos materia de esta Recomendación no ha presentado denuncia de carácter penal ante la autoridad ministerial correspondiente.

24. Acta circunstanciada de 03 de diciembre de 2025, elaborada por personal de este Organismo Autónomo, en la cual se hizo constar la comunicación con QVI ocasión en la cual informó a este Organismo Nacional que no ha presentado denuncia penal ante la ante la autoridad ministerial correspondiente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

25. Esta Comisión Nacional contó con la evidencia de una investigación ante la Comisión Bipartita, la cual, mediante acuerdo de 12 de enero de 2024, se declaró improcedente la QM; no obstante, QVI interpuso RI, el cual fue concluido por acuerdo de desechamiento el 31 de julio de 2024, emitido por la OOADS, sin que se cuente con evidencia de algún medido de defensa en contra de dicha determinación.

26. Este Organismo Nacional, se allegó de la evidencia de la queja administrativa presentada por QVI el 13 de octubre de 2023 ante la CONAMED que dio origen al Expediente Administrativo 1, el cual se declaró concluido por no haber sido conciliado, de acuerdo con acta de audiencia de 24 de abril de 2024.

27. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, este Organismo Autónomo no contó con evidencia de la radicación de algún expediente de investigación en el OIC-IMSS, ni de que se haya iniciado carpeta de investigación con motivo de los hechos narrados por QVI, como consecuencia de la inadecuada atención médica brindada a V por personal médico del HGZ No. 2.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

28. Del análisis realizado al conjunto de hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/1733/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque

lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, con perspectiva de persona mayor²³ a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como precedentes aplicables de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno por la condición de vulnerabilidad en agravio de V como persona mayor; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, por los actos y omisiones del personal médico del HGZ No. 2.

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

29. 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. Actualmente, las personas viven más tiempo, esto no quiere decir que lo hagan en las mejores condiciones. Existen diversos factores que perjudican el proceso de envejecimiento de las personas 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. Ante este contexto, la Organización Mundial de la Salud 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

²³ 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 vejeces, conciliar los diferentes principios y visibilizar las necesidades y las aportaciones de las personas mayores.

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.²⁴

30. En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 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.

31. 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...

32. Por lo que, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 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, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud; 1: 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

²⁴ <https://www.gob.mx/inapam/articulos/atencion-integrada-y-centrada-en-la-persona-para-el-nuevo-envejecimiento?idiom=es>

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...

33. 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.

34. 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 que asegure 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.

35. Bajo dichas circunstancias, la atención médica que se le brindó a V persona mayor vulnerable con diversas comorbilidades fue inadecuada, como se describirá en los siguientes apartados.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE PERSONAS MAYORES

36. El derecho humano a la protección de la salud consiste en que se garantice a toda persona el acceso a condiciones, bienes y servicios de calidad necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, es decir, el bienestar físico, mental y social, siendo indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Este derecho se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto, de la CPEUM, en el artículo el artículo 2, fracción V de la LGS y esta CNDH ha emitido Recomendación General “Sobre el derecho a la protección de la salud”.

37. El numeral 4 de la CPEUM en su párrafo cuarto, 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”.²⁵

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

39. El derecho humano a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su Observación General No. 14, Derecho al disfrute más alto nivel posible de salud, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.²⁶

²⁵ “Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación”

²⁶ “(...) el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir (...) La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de

40. Los principios de París prevén expresamente las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, entre las que se encuentran que tengan el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violaciones a los Derechos Humanos y poder emitir dictamen, recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo “Formular recomendaciones a las autoridades competentes”.²⁷

41. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que:

[...] La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. [...] ²⁸

42. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”

43. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, ha señalado que:

injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.” ONU, Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párrafo 33.

²⁷ Apartado D, de los Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasi jurisdiccional.

²⁸ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.”

[...] el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.²⁹

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

45. 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.

46. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país³⁰. En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

47. 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

²⁹ CNDH, Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, del 23 de abril de 2009, párrafo 21.

³⁰ Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.”

carácter preventivo, acciones curativas, paliativa y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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 obligaciones del médico, se destacan las siguientes:

52.1. 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.

52.2. 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.

52.3. 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).

53. 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.

54. 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 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.

55. 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.

56. 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.

57. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 personas servidoras públicas adscritas al HGZ No. 2, en su calidad de garantes establecido en los artículos 23 y 33 de la LGS, omitieron brindarle a V la adecuada atención médica que requería, lo que incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno; así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3 , lo cual será materia de análisis.

B.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE V

58. El caso que nos ocupa, involucra a V persona mayor que al momento de los hechos padecía diabetes mellitus grado II, hipertensión arterial sistémica, obesidad mórbida, hipotiroidismo, infección urinaria y con exposición al humo de leña desde la infancia hasta el 2020; a partir del 22 de junio de 2020, acudió a la UMF-68, donde se le proporcionó manejo y seguimiento de los padecimientos referidos; sin embargo, V presentó problemas a causa de la glucosa, por lo que, el 19 de septiembre de 2023, acudió al HGZ No. 2, con el fin de continuar con protocolo de estudio.

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

59. En el presente caso, se advierte que el 19 de septiembre de 2023 a las 04:33 horas, V persona mayor recibió atención médica por personal del Servicio de Urgencias quienes otorgaron Triage naranja, nivel de gravedad II³¹; para las 04:50 horas, fue atendida por PSP1 y PMB1, ocasión en la que le detectaron glucosa alta, integrando diagnóstico de diabetes mellitus II insulín dependiente con cetoacidosis³² y probable infección de vías urinarias, posteriormente solicitaron rayos X de control de colocación de catéter.

60. El mismo día a las 09:00 y 12:48 horas, V fue valorada por AR1 y PMB2 personal médico adscrito al área de Urgencias quienes refirieron que, a la exploración física V se observó que la parte superior del pulmón derecho estaba ventilando menos de lo normal, pero sin ruidos anormales como estertores o silbidos³³, confirmaron el diagnóstico y

³¹ El triage es un sistema de clasificación de pacientes en situaciones de emergencia o urgencia. El color naranja indica una emergencia y que la atención no debe de demorar más de 10 minutos.

³² Condición grave que se produce cuando el cuerpo descompone grasa para obtener energía, en lugar de usar azúcar.

³³ Ruidos respiratorios anormales a la auscultación.

decidieron abordaje de vía aérea con intubación orotraqueal³⁴, respectivamente, sin contar con la valoración previa del especialista en neumología y/o cirugía cardiotorácica.

61. Es importante señalar que, al documentarse campos pulmonares con hipoventilación apical bajo las condiciones señaladas, es decir la ventilación no uniforme del pulmón derecho, aunado al resultado que indicó una disminución importante en la presión del oxígeno lo que era orientador a la presencia de lesión pleural³⁵ torácica derecha secundaria a la colocación de catéter venoso central, la cual pasó desapercibida clínicamente por AR1 y PMB2, aunado a la ausencia de placa de tórax que era obligatoria posterior a la colocación de dicho catéter.

62. Lo anterior, es concordante con lo establecido en el Dictamen en Materia de Medicina emitido por personal especializado de esta CNDH, en el que se concluyó que, al no contar con estudios radiológicos de control y al omitir solicitar la valoración de especialistas en neumología y cirugía cardiotorácica antes de realizar el procedimiento de abordaje de la vía aérea con intubación orotraqueal, toda vez que contaba con datos clínicos compatibles con la punción de la pleura torácica, AR1 y PMB2 brindaron a V una atención médica inadecuada ya que al encontrarse perforada la pleura, el procedimiento realizado provocó que el pulmón colapsara e ingresara aire en la cavidad pleural impidiendo la ventilación, presentándose la ruptura del tejido pulmonar (neumotórax).

63. Por lo expuesto, se observó que ante las omisiones señaladas AR1 y PMB2 configuraron transgresiones al derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 32 de la LGS, 8, 9, 26, 29, 48, 72 y 73 del RLGS y 5, 7 y 8 del RPM-IMSS; de la misma manera, son violatorias a lo establecido en el artículo 4º de la CPEUM, así como en los artículos 10 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales

³⁴ Colocación de un tubo a través de la laringe y la tráquea para la administración de oxígeno mediante un ventilador mecánico.

³⁵ Daño o inflamación en la pleura, la membrana que recubre los pulmones y la cavidad torácica que impide que el oxígeno circule por el organismo.

y Culturales, que obligan a los Estados a adoptar medidas para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

64. Aunado a lo anterior, el 19 de septiembre de 2023 a las 18:30 horas, PSP3 personal médico adscrito al área de Medicina Interna en el HGZ No. 2 y PMB2, le brindaron atención médica a V, refirieron diagnósticos de neumotórax iatrogénico e insuficiencia respiratoria tipo 1 moderada, es decir presentaba aire en el tórax debido a un procedimiento médico, lo que provocó un colapso parcial del pulmón, y tenía dificultad moderada para oxigenar adecuadamente su sangre. Se solicitó estudios de imagen tomográfico o radiográfico; sin embargo, no se realizaron porque el tomógrafo y la radiografía portátil estaban fuera de servicio, situación que se hizo del conocimiento a personal de la coordinación y jefatura de Urgencias y decidieron la colocación de sonda endopleural³⁶.

65. En ese contexto, de las constancias médicas se advirtió que durante la hospitalización de V en el HGZ No. 2 no se contó con Servicio de Radiología ni Tomografía, lo que impidió diagnosticar oportunamente el neumotórax, confirmar la posición del drenaje torácico, dar seguimiento adecuado a su evolución y descartar otras enfermedades como neumonía u absceso pulmonar. Esta omisión, atribuible al PAD del HGZ No. 2, retrasó el manejo oportuno de V y favoreció el deterioro de su salud, al no garantizar la disponibilidad continua de dichos servicios los 365 días del año, las 24 horas del día, en incumplimiento de la NOM-016-SSA3-2012.

66. En la valoración médica del 20 de septiembre de 2023 a las 02:09 horas, V fue atendida por AR2 personal médico adscrito al área de Urgencias en el HGZ No. 2 y PMB2, en la nota médica se indicó que V presentó mejoría en su presión arterial y en su respiración después de colocarle la sonda endopleural; sin embargo, permaneció con

³⁶ Colocación de un tubo delgado y flexible en la cavidad torácica para drenar líquido, sangre o aire del espacio que rodean los pulmones con la finalidad de expandirlos.

ventilación mecánica. La radiografía de tórax mostró que seguía con neumotórax y se solicitó una tomografía de cráneo.

67. En atención a lo expuesto en el punto inmediato anterior, se determinó que AR2 y PMB2 nuevamente otorgaron una atención médica inadecuada a V ya que, aun confirmándose que problema era por el neumotórax, continuo en ventilación mecánica, omitiendo solicitar valoraciones de los Servicios de Neurología y Neumología para determinar si V requería continuar con dicha ventilación y establecer un diagnóstico pulmonar certero; además, considerando el deterioro neurológico agudo que V presentó, solicitaron tomografía de cráneo a pesar de que los médicos del Servicio de Urgencias tenían conocimiento que no se contaba con ese Servicio, incumpliendo con lo dispuesto en los artículos 32 de la LGS, 8, 9, 26, 29, 48, 72 y 73 del RLGS y 5, 7 y 8 del RPM-IMSS, que obligan a garantizar una atención médica oportuna, eficaz y con calidad.

68. A las 05:47 horas del 22 de septiembre de 2023, AR3 y PMB3 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, emitieron nota médica inicial de ingreso de V, en la que entre otras cosas reportaron resultados de estudios de laboratorio de 20 y 21 de septiembre de 2023, que indicaron aumento de leucocitos por lo que se determinó diagnóstico de Estado Hiperosmolar Hiperglucémico en vías de remisión, es decir que su diabetes se descontroló y su glucosa estuvo demasiada alta, sin embargo empezaba a mejorar, choque séptico de foco urinario, que es una infección grave en las vías urinarias, evaluado con puntuación SOFA de 10 pts, lo cual indica una condición severa y alto riesgo de muerte. Neumotórax iatrogénico, también se refirió que en examen general de orina se detectó infección probablemente causada por hongos y solicitó radiografía de tórax portátil, ya que no contaba con una desde su ingreso al Servicio de Urgencias, sin lograr corroborar la correcta colocación de sonda endopleural.

69. Con base en lo anterior, el especialista de esta Comisión Nacional señaló que, aunque los estudios de laboratorio mostraban señales de infección —como aumento de leucocitos y examen de orina con datos de infección bacteriana y por hongos—, AR3 y

PMB3 diagnosticaron choque séptico sin contar con los estudios completos que exige la Guía de Práctica Clínica para confirmar este padecimiento. En particular, omitieron solicitar los análisis de laboratorio indispensables para identificar el microorganismo causante de la infección en sangre, lo cual es necesario para sustentar adecuadamente un diagnóstico de sepsis o choque séptico.

70. Es importante señalar que, dentro del expediente clínico analizado por esta Comisión Nacional resalta la hoja de “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” de 19 de septiembre de 2023, donde personal de enfermería de turno nocturno asentó que la paciente presentaba “*UPP*” pelvis derecha³⁷, sin especificar el grado, tampoco se describieron las dimensiones ni las características de las úlceras las cuales constituyen un foco de infección, que AR3 y PMB3 no mencionaron en su nota médica y tampoco se le brindó tratamiento. Dadas las características y comorbilidades de V persona mayor, el personal médico tratante omitió diagnosticarla con estado de fragilidad de persona mayor que ameritaba manejo integral por el Servicio de Geriátrica y que tenía Alto Riesgo de presentar dichas lesiones, contraviniendo también lo indicado en la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, en la que se indica que hasta el 95% de las Úlceras por Presión son prevenibles, el punto clave del tratamiento es la prevención mediante la valoración periódica de los pacientes con cuidado oportuno y sistemático de la integridad cutánea, a lo cual no se le dio atención ni seguimiento por parte de AR3 y PMB3.

71. El 24 de septiembre de 2023, a las 15:11 horas, V recibió atención médica de AR4 y PMB4 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2, quienes la reportaron con lesión renal aguda en vía de remisión, con presencia de colocación de sonda de pleurotomía, con aparente remisión de neumotórax con el cual cursaba, presencia de aumento de volumen de área de tórax anterior de lado derecho que inicia

³⁷ Úlcera por presión

a nivel de colocación de sonda, de apariencia de enfisema subcutáneo, por lo que retiró ésta.

72. En este contexto, de acuerdo con las constancias que integran el expediente clínico, se hace referencia a que AR4 y PMB4, de manera inadecuada señalaron aparente mejoría de neumotórax y retiraron la sonda colocada en tórax de V, sin describir los criterios clínicos y sin apoyo radiológico; además, reportaron lesión renal en vías de recuperación, sin establecer los criterios considerados y omitieron tratamiento adecuado y oportuno respecto de las úlceras por presión que presentaba, lo que implicó otro foco séptico; finalmente, solicitaron radiografía de tórax estudio que debió haberse observado antes de realizar el retiro de la sonda, con lo que dejó de observarse lo establecido en la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, que refiere que se debe de realizar una exploración física completa del paciente cuyo resultado, permita prescribir el tratamiento médico adecuado de las lesiones provocadas por las Úlceras por Presión.

73. Posteriormente, en la valoración médica otorgada a V el 28 de septiembre de 2023 a las 08:57 horas, AR5 y PMB5 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía en el HGZ No. 2, refirieron que a la exploración física se encontró con mejoría en la ventilación de ambos campos pulmonares, con presencia de enfisema subcutáneo ambos hemitórax, predominantemente derecho, con sonda endopleural derecha, cuadro de neumotórax corregido por colocación de sonda endopleural, sin complicaciones, en el caso de sospecha de fistula traqueal³⁸ se recomendó realización de broncoscopia³⁹.

74. Al respecto, se advirtió que AR5 y PMB5, omitieron referir la saturación de oxígeno, mencionaron la presencia de enfisema subcutáneo “en ambos hemitórax, predominantemente del lado derecho”; además, observaron la sonda endopleural derecha en ese momento, sin tener certeza del lado que fue colocada; lo que si es cierto,

³⁸ Comunicación anormal adquirida, de dos órganos entre sí, en este caso se indicó de la tráquea y por debajo de la piel.

³⁹ Exploración visual del interior del árbol traqueobronquial.

es que V no presentó mejoría del enfisema posterior a la colocación de dicha sonda pues lejos de mejorar aumentó, sin pasar inadvertido que hasta este momento, los médicos tratantes no han descrito el material drenado por la sonda endopleural.

75. En ese sentido, AR5 y PMB5 proporcionaron una inadecuada atención médica por desestimar la gravedad del caso sin tener certeza del diagnóstico y la corrección del neumotórax por no contar con radiografía y/o tomografía de tórax para normar conducta; de la misma manera, para descartar procedimiento quirúrgico, considerando que el neumotórax iatrogénico tenía nueve días de evolución sin haber sido resuelto por lo que, en su actuar, desestimaron las indicaciones escritas en la Guía Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto, que refiere: 4.1. Diagnóstico. La gravedad de las lesiones de las personas con trauma de tórax se integra habitualmente mediante evaluación clínica y estudios de imagen. Entre los estudios de imagen los más utilizados son la radiografía de tórax.

76. El 28 y 29 de septiembre a las 13:45 y 13:47 horas, V fue valorada por AR6, PMB6 y PMB7 personal médico adscrito al Servicio de medicina Interna en el HGZ No. 2, quienes en las notas medicas correspondientes señalaron que:

El 27 de septiembre V reportó fiebre por lo que agregaron vancomicina y se especificó diagnóstico de Neumonía bacteriana. Neurológicamente: ya sin Propofol [...]. Se encuentra más reactiva; sin embargo, no sigue órdenes ni tiene apertura ocular espontánea.

77. En relación con las atenciones médica antes descritas, esta CNDH, señaló que AR6, PMB6 y PMB7, reportaron a V con fiebre sin referir valores por lo que suspendieron la administración del antibiótico denominado meropenem e indicaron vancomicina sin contar con reportes de cultivos ni cuantificación de leucocitos que fundamentará el cambio de antibióticos a ocho días del tratamiento. Cabe señalar que la fiebre puede ser por causa multifactorial y no solo por la presencia de infección pulmonar, como podría ser también las úlceras por presión que V presentaba.

78. Por lo anterior, se estableció que para determinar las causas de las alteraciones en la fiebre presentada por V, y sustentar la suspensión del antibiótico, era fundamental que AR6, PMB6 y PMB7, solicitaran la valoración previa por el Servicio de Neurología; de igual manera, agregaron diagnóstico de Neumonía bacteriana no especificada, enfermedad que no evidenciaron con estudios radiográfico y/o tomográfico de tórax donde se observen cambios pulmonares compatibles con esa patología, como serían infiltrados pulmonares difusos o localizados, derrame pleural, ni por clínica como estertores crepitantes, roncantes, ni por estudios de laboratorio como alteraciones en la cifra de leucocitos, además prescindieron solicitar cultivos de sangre o de exudado bronquial para identificar el microorganismo, la sensibilidad a antibióticos y proporcionar el tratamiento adecuado incumpliendo con ello la recomendación señalada en la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, IMSS-624-13⁴⁰.

79. El 21 de septiembre de 2023, personal de enfermería del turno matutino menciona que V presentó úlcera por presión grado II en región sacra, sin pasar inadvertido para esta Comisión Nacional que se añadió en la misma nota “No se baña de esponja por falta de camilleros para la movilización”; sin embargo, en las notas médicas de evolución no se describió esto hasta el 29 de septiembre de 2023, cuando solicitaron interconsulta a Clínica de Heridas e iniciaron curaciones con sulfadiazina de plata.

80. En la hoja de indicaciones médicas del 29 de septiembre de 2023, sin referir el nombre del médico se mencionó “interconsulta a clínica de heridas” y a las 12:16 horas, se agregó “curaciones cada 24 horas con sulfadiazina de plata o por razón necesaria,

⁴⁰ Se sospecha de neumonía asociada a ventilación mecánica, en aquellos pacientes con intubación endotraqueal, o recientemente extubados, que presenten los siguientes datos clínicos; fiebre o leucocitos, secreción traqueobronquial purulenta, incremento en la frecuencia respiratoria o de la ventilación/minuto, disminución de la oxigenación o incremento de las necesidades de oxígeno suplementario, incremento de las necesidades de ventilación, radiografía con nuevo infiltrado pulmonar o progresión del infiltrado.

realizada por enfermería”. Personal de enfermería reportó en nota de la misma fecha la presencia de úlcera por presión en sacro grado III⁴¹.

81. El 4 de octubre de 2023 a las 13:11 horas, V fue atendida por AR7 y PMB8 personal médico adscrito al Servicio de Cirugía Cardiorrástica en el HGZ No. 2, y reportaron diagnóstico de neumotórax, neumonía bacteriana no especificada asociada a ventilador, no observaron datos de fuga en Pleurovac, se retiró succión y permaneció a derivación, una vez extubada revalorar con estudios de imagen (radiografía o tomografía de tórax), si continúa expandido considerar retirar drenaje.

82. De lo anterior, en el Dictamen en Materia de Medicina emitido por un especialista de este Organismo Nacional se señaló que AR7 y PMB8 proporcionaron una atención médica inadecuada a V, ya que retiraron el sistema de succión sin contar con estudios radiológicos ni clínicos necesarios para asegurarse de que el pulmón estuviera expandido y normar esa conducta; de igual forma, omitieron contar con estudios de gabinete y datos clínicos para establecer el diagnóstico de Neumonía bacteriana.

83. Aunado a lo anterior, la literatura médica refiere que: en el caso de un neumotórax, el drenaje por lo general no debe ser retirado hasta que cesa el burbujeo (fuga de aire) y la radiografía de tórax muestre la expansión pulmonar⁴².

84. El 7 de octubre de 2023, a las 12:48 horas, AR8 y PMB9, personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2 valoró a V, y reportaron en su nota médica que presentó úlcera sacra de gran tamaño y en resultados de estudios de laboratorio se observó Leucos 13.80.

⁴¹ Lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida, grado III indicó con pérdida total de grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

⁴² Hernández Carlos. Protocolo drenaje torácico, Hospital Donostia. www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/información/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/protocolo24DrenejeToracicoC.pdf

85. Con base a lo anterior, se estableció que, de acuerdo con los resultados de los estudios de laboratorio realizados a V, en la nota médica emitida por AR8 y PMB9, resaltan el aumento de leucocitos, lo cual fue indicativo de descontrol del proceso infeccioso, a pesar de estar con tratamiento antibiótico; también se asentó, que los familiares firmaron el consentimiento para la realización de la traqueostomía.

86. Al respecto, la literatura médica refiere que la traqueostomía es un procedimiento que tiene la finalidad de disminuir las lesiones laringotraqueales secundarias a la ventilación prolongada y disminuir los días de ventilación mecánica⁴³.

87. Por lo tanto, se advirtió que, en la atención médica brindada a V, AR8 y PMB9 omitieron realizar una exploración física completa al no describir todas las características de las úlceras de presión que V presentaba por lo que no le brindaron el tratamiento que requería, dejando de observar lo establecido por la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión sobre el caso concreto.

88. En la nota médica de 8 de octubre de 2023 a las 19:26 horas, elaborada por AR4 y PMB8 agregaron estudios de laboratorio donde presentó anemia grado IV.

89. En relación con lo anterior, se señaló que, de acuerdo con los resultados de los estudios de laboratorio, V presentaba glucosa baja, calcio bajo, anemia con hemoglobina baja, hematocrito bajo, disminución de leucocitos, lo que indicó hipoglucemia es decir disminución de la glucosa, por lo que ameritaba ajuste del esquema de insulina; así como, anemia con disminución importante, por lo que AR4 y PMB8 omitieron solicitar los estudios de laboratorio para identificar la causa de la anemia y así proporcionar el tratamiento adecuado; además, indicaron anemia en grado IV por lo que pudo presentar alteraciones neurológicas, respiratorias y síntomas como cansancio, debilidad, dificultad para respirar por lo que era fundamental tratar su causa.

⁴³ Raimondi. Et al. Guías basadas en evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. Revista Medicina Crítica. Vol. 41, Núm. 2, Páginas 94-115 (marzo 2017).

90. El 13 de octubre de 2023 a las 08:50 V fue valorada por AR6 y PMB10 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2, quienes en su nota médica refirieron que *“el día de ayer encontraron a V sin fiebre, con tratamiento con piperacilina-tzobactam⁴⁴ y vancomicina, hoy último día.”*

91. Al respecto en el Dictamen en Materia de Medicina elaborado por este Organismo Nacional, se señaló que AR6 de manera inadecuada suspendió la administración de los antibióticos denominados vancomicina y piperacilina-tzobactam, en una paciente con diabetes descontrolada y focos infecciosos en tejidos blandos, pulmonar y urinario, y sin contar ni solicitar cultivos para normar conducta a las 17:30 horas fue intervenida quirúrgicamente por personal médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología y se le colocó cánula⁴⁵ de traqueostomía.

92. Por consiguiente, se pudo constatar que AR4 y AR6, durante ese periodo prescindieron realizar una evaluación y manejo adecuado de las úlceras por presión, así como de la anemia que presentó V, mediante estudios de laboratorio como son hemograma completo, perfil de hierro, eritrosedimentación, hepatograma, función renal, perfil tiroideo, deshidrogenasa láctica y haptoglobina sérica⁴⁶ para establecer el tipo e identificar y tratar la causa.

93. El 16 de octubre de 2023 a las 19:51 horas, V recibió atención médica de PMB5 y AR9 personal médico adscrito a Servicio de Cirugía General, quienes agregaron que a la exploración física de V la observaron reactiva, con úlcera por presión en pierna derecha lateral de 2.5 centímetros de diámetro de segundo grado sin datos de infección, en pierna izquierda lateral úlcera por presión de 1.5 centímetros de diámetro de segundo

⁴⁴ Para tratar infecciones graves susceptibles, incluyendo infecciones del tracto respiratorio inferior, intraabdominales, septicemia, de piel y estructuras cutáneas, ósea y articulares, infecciones urinarias, infecciones ginecológicas y uretritis gonocócica sin complicaciones.

⁴⁵ Tubo delgado que se introduce en el cuerpo, generalmente para administrar líquidos, gases o medicinas o para drenar fluidos.

⁴⁶ Eandi Eberle, Silvia. *Et al.* Eritropatías, Guías de diagnóstico y tratamiento 2019, Sociedad Argentina de Hematología. http://www.sah.org.ar/docs/guias/2019Guia_2019-completa.pdf.

grado sin datos de infección, se encontró además úlcera sacra de bordes irregulares, con contornos sanos, sin posibilidad de valoración de profundidad, sugirieron el uso de “almohadas de donita” para disminuir la tensión y refirieron que no había necesidad de intervención quirúrgica; no obstante, de acuerdo con el Dictamen de Medicina de este Organismo Nacional se determinó que dicha valoración y manejo fueron deficientes.

94. El 20 de octubre de 2023 a las 12:23 horas, V recibió atención médica de AR10 y PMB11 personal médico adscrito a Servicio de Cirugía General quienes en la nota médica la reportaron con cráneo normocéfalo con lesión en el área occipital tipo ulcerosa por presión, con presencia de úlcera sacra de aproximadamente 10 X 10 cm y lesiones en área arriba de los tobillos, bilaterales, edema de godet, establecieron diagnósticos: Sepsis de origen pulmonar; Enfermedad Renal Crónica; Anemia grado III OMS⁴⁷; Neumotórax iatrogénico y Úlcera por presión; Diabetes mellitus 2 e Hipotiroidismo, no obstante, por el momento no se presenta urgencia quirúrgica.

95. En ese contexto, de las constancias médicas analizadas que integran el expediente se precisó que, si bien es cierto que en el estudio realizado por AR10 y PMB11 agregaron que respecto a las lesiones mencionadas no presentaba en ese momento urgencia quirúrgica, también lo es que, en el formato de “Jefatura del Servicio de Enfermería” se mencionó que V presentaba úlcera sacro-coxígea de 15 cm de ancho por 18 cm de largo con infección que requería de debridación⁴⁸, por lo que se establece que AR10 y PMB11 realizaron una valoración y manejo deficiente de las úlceras por presión.

96. En las valoraciones médicas de 24 y 25 de octubre de 2023 a las 11:06 y a las 10:57 horas respectivamente, V fue atendida por AR11 y PMB14 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2, y reportaron cultivos realizados en días anteriores⁴⁹ de los que se destacó el inició de terapia antimicrobiana dirigida con

⁴⁷ Valores de 6-7.9g/dL.

⁴⁸ Retiro de tejido muerto o infectado.

⁴⁹ Cultivo de punta de catéter *Pseudomona aeruginosa* sensible a ciprofloxacino, hemocultivo central *Cándida tropicalis* sensible a caspofungida, cultivo de secreción bronquial *Acinetobacter baumannii*

ciprofloxacino, meropenem, caspofungina, colistina y se disminuyó la dosis de insulina basal por valores bajos de glucosa sanguínea, acción inadecuada ya que lo correcto era suspender la administración de dicha hormona de igual forma, se solicitó interconsulta a infectología en caso de requerir ajuste de antibióticos y se suspendió ciprofloxacino, se realizó ajuste renal de meropenem y colistina; sin embargo, se advirtió que la nota médica correspondiente no está agregada al expediente clínico.

97. De lo anterior, llama la atención que en las hojas de indicaciones médicas de la misma fecha la suspensión de dicho medicamento quedó a cargo del Servicio de Medicina Interna, sin existir constancia de que efectivamente V haya sido valorada por el Servicio de Infectología y que el ciprofloxacino era idóneo de acuerdo con el reporte de cultivo para mejorar el proceso infeccioso de tejidos blandos.

98. El 2 de noviembre de 2023 a las 17:52 horas, V fue valorada por AR12, personal médico adscrito al Servicio de Neumología en el HGZ No. 2, quien solicitó interconsulta al Servicio de Neumología por presentar tumoración en TAC de tórax tomada el día anterior donde se observó imagen sugestiva de absceso⁵⁰ pulmonar en lóbulo superior izquierdo, y sugirió iniciar antibiótico con cobertura para GRAM negativo⁵¹, también se apreció derrame pleural bilateral y atelectasia pasiva izquierda⁵², ante ello ordenó solicitar radiografía de control para descartar presencia de nuevo neumotórax.

99. En relación a lo antes expuesto, no hay evidencia en las notas médicas analizadas que AR12 haya descrito las características del derrame pleural como su tamaño, el porcentaje de ocupación en la cavidad torácica, ni solicitar toracocentesis diagnóstica⁵³,

complex multidrogaresistente, cultivo de herida occipital *Pseudomona aeruginosa* sensible a ciprofloxacino, se inició terapia antimicrobiana dirigida con ciprofloxacino, meropenem caspofungina y colistina por 10 días.

⁵⁰ Colección localizada de pus en un tejido, órgano o espacio cerrado, causada generalmente por bacterias.

⁵¹ Grupo de bacterias que no retienen el colorante violeta durante la tinción de Gram.

⁵² Colapso parcial o total del pulmón que se produce cuando la presión pleural disminuye. Esto puede ocurrir por una acumulación pleural, como un neumotórax o un derrame pleural.

⁵³ Punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.

por lo que se ignora si V lo requería para la realización de estudios bioquímicos y cultivos del líquido pleural; de igual forma, tampoco descartó la necesidad de drenar el derrame pleural, por lo que se pudo advertir que AR12 no proporcionó una atención médica adecuada, ya que en su actuar dejó de atender las indicaciones que precisa la Guía Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural, al señalar que: 4.1.4 Toracocentesis diagnóstica. Ante la sospecha de un derrame pleural infeccioso se debe tomar hemocultivo y cultivos de LP. 4.2. Derrames masivos no infecciosos podrían ser drenados por toracocentesis y/o sonda pleural si se requiere mejorar los síntomas.

100. El 5 de noviembre de 2023 a las 15:34 horas, V fue valorada por AR13 y PMB14, personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2, y asentaron que al pase de visita se encontró afebril con antibioticoterapia, con múltiples úlceras por presión, occipital, sacro, pierna izquierda, las cuales estaban siendo atendidas por Clínica de Heridas; ese día, solicitaron estudios de laboratorio y estaban en espera de resultados, porque no contaban con Servicio de laboratorio con funcionalidad regular en esos días, tampoco con radiografía portátil y las condiciones para movilizar a V persona mayor, no eran óptimas, imposibilitando la toma de radiografía de tórax y tac de cráneo.

101. Los días 6, 7, 8, 9 y 10 de noviembre de 2023, V fue valorada por AR14, PMB14 y PMB15 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2, quienes en sus notas médicas de correspondientes a las 19:36, 18:16, 18:17, 17:43, y 15:32 horas respectivamente, refirieron que se realizaron protocolo weaning⁵⁴, se obtuvo índice de tobin de 150⁵⁵, lo cual predice fracaso al retiro de la ventilación mecánica, se continuo con protocolo de extubación, presentó múltiples úlceras por presión, en seguimiento por Clínica de Heridas, pendiente de recabar resultados de secreción bronquial y hemocultivo.

⁵⁴ Proceso clínico para desconectar gradualmente a un paciente del soporte ventilatorio mecánico, transfiriendo el esfuerzo respiratorio al paciente de forma progresiva.

⁵⁵ Se considera un indicador de que el retiro de la ventilación mecánica probablemente no será exitoso

102. De igual manera, en las atenciones médicas que V recibió de parte de AR14, PMB14 y PMB15 el 13, 14, 15, 16 y 17 de noviembre de 2023, a las 18:08, 18:06, 17:50, 17:27 y 15:57 horas respectivamente, coincidieron en afirmar, que presentó diagnóstico de Choque séptico, Infección de tejidos blandos, absceso pulmonar izquierdo y anemia grado III; con presencia de secreción serohemática en región sacra.

103. Es importante mencionar que, con relación a las úlceras por presión que V presentó, AR14, PMB14 y PMB15 durante dicho periodo refirieron “*presencia de secreción serohemática en región sacra*”, pero nuevamente omitieron realizar una exploración física completa y un manejo adecuado de las úlceras por presión donde se describieran todas las características y la evolución de estas, de esta forma omitieron dar seguimiento a las indicaciones señaladas en la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, referente a la no realización de una exploración física completa del paciente lo que no les permitió prescribir el tratamiento médico adecuado de las lesiones que V presentó.

104. En la atención médica que recibió V el 24 de noviembre de 2023 a las 13:37 horas, por AR12 el médico indicó que se le solicitó interconsulta por hallazgo tomográfico de derrame pleural, así como sospecha de fístula traqueoesofágica posterior a que a V, se le retiró la cánula de traqueostomía y el catéter central, como resultado de la valoración, indicó diagnósticos de derrame pleural izquierdo y probable fístula traqueoesofágica, y sugirió colocar sonda nasogástrica⁵⁶ o bien sonda de gastrostomía⁵⁷ para manejo.

105. En ese contexto, en las constancias médicas correspondientes se observó que AR12, determinó que V presentaba derrame pleural bilateral, pero omitió mencionar el tamaño, estudios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que requería, por lo que no proporcionó manejo adecuado y oportuno del derrame pleural.

⁵⁶ Es un tubo delgado y flexible que se introduce a través de la nariz y pasa por el esófago hasta llegar al estómago.

⁵⁷ Es un tubo que se introduce en el abdomen para administrar alimentos, líquidos, medicamentos y suero directamente al estómago.

106. A las 18:28 horas del 24 de noviembre de 2023, V fue atendida por AR14 y PMB15 quienes reportaron a V con persistencia en regurgitación de alimento por traqueostomía y realizaron toracocentesis evacuadora, se obtuvo liquido pleural de coloración clara amarillenta, no turbio, y la refieren con presencia de úlceras por presión en región occipital, sacra y miembro pélvico izquierdo.

107. De acuerdo con la nota de valoración médica, el 26 de noviembre del 2023, a las 20:55 horas, V fue atendida por AR4 y PMB15, quienes refirieron que la radiografía de tórax de 24 de noviembre de 2023, fue tomada con mala técnica, rotada, con presencia de cardiomegalia⁵⁸ y úlceras por presión en región occipital, evidencia de consolidación en hemitórax izquierdo, con disminución del derrame pleural, y que no se contaba con reactivos suficientes para realizar clasificación Ligth⁵⁹; de igual forma, señaló que estaba en espera de realizar una Gastrostomía⁶⁰

108. Al respecto, en el Dictamen en Materia de Medicina de este Organismo Nacional, se señaló la situación en la que se encontró a V, indicaba una inflamación crónica, en este caso por neumonía, que AR4 omitió realizar una exploración completa y describir todas las características y evolución de las úlceras por presión; de igual forma, desestimó dar seguimiento al derrame pleural y recabar oportunamente los resultados de los cultivos con la finalidad de proporcionar manejo adecuado de los focos sépticos; de igual forma, se asentó que el HGZ No. 2, no contó con los reactivos suficientes para realizar la clasificación Ligth, estudio necesario para establecer el tipo de líquido pleural y orientar diagnóstico, manejo que V requería, por lo que el laboratorio y su personal incumplió con la NOM-206-SSA1-2002⁶¹.

⁵⁸ Término médico que describe un corazón agrandado.

⁵⁹ Estudio de laboratorio necesario para establecer el tipo de líquido pleural y orientar su manejo.

⁶⁰ Procedimiento quirúrgico donde se crea una abertura en la pared abdominal para acceder directamente al estómago, permitiendo la administración de alimentos y líquidos a través de una sonda.

⁶¹ Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

109. En valoración médica realizada a V el 27 de noviembre de 2023 a las 18:51 horas, AR14 y PMB14, indicaron que a la exploración física la encontraron con campos pulmonares con estertores crepitantes bilaterales y le realizaron una segunda toracocentesis evacuadora y diagnostica para extraer líquido pleural, existe presencia de UPP en región occipital sacra y MPI.

110. De igual manera, se observó que AR14 y PMB14, no describieron las características y evolución de las úlceras por presión, ni solicitó los estudios de laboratorio y gabinete [cultivos y radiografía de tórax] para descartar neumonía luego de los hallazgos a la auscultación de campos torácicos, llama la atención de esta Comisión Nacional que AR14 agregó en la nota de indicaciones médicas de ese día que estaba pendiente recabar resultados de cultivos: de herida de fecha 13 de noviembre de 2023, de secreción bronquial de 7 de noviembre de 2023 y hemocultivo central de 13 de noviembre de 2023, lo que generó un retraso en el diagnóstico y tratamiento de los focos infecciosos de V.

111. El 29 de noviembre de 2023 a las 20:16 horas, AR5 y PMB17 personal médico adscrito a Cirugía Cardiotorácica en el HGZ No. 2 atendió a V, y en su nota médica reportaron TAC de tórax con imagen sugestiva de derrame pleural izquierdo de gran dimensión en hemitórax izquierdo; además, con múltiples lesiones focales de bordes irregulares en parénquima⁶² pulmonar derecho y subpleurales; asimismo, señalaron que no hay datos que soporten claramente presencia de obseso⁶³ pulmonar izquierdo, y en el contexto de este diagnóstico, sugirieron colocar sonda endopleural por su Servicio, estudiar satisfactoriamente líquido pleural y realizar TAC una vez drenado el derrame, concluyendo que no es candidata a cirugía en este momento.

⁶² Tejido funcional de un órgano.

⁶³ Obeso pulmonar no es un término médico reconocido; sin embargo, la obesidad si tiene efectos significativos en la función pulmonar, lo que puede llevar a diversas complicaciones respiratorias.

112. Al respecto, este Organismo Nacional observó que a pesar de las condiciones médicas en las AR5 encontró a V en su valoración y que la colocación de la sonda pleural se encontraba dentro del ámbito de su especialidad médica, decidió sugerir que su colocación a terceras personas, lo que contribuyó a la evolución del deterioro de la función pulmonar a un estado irreversible.

113. El 7 de diciembre de 2023 a las 09:17 horas, V fue valorada por AR12, quien en la nota médica refirió que encontró a V, con campos pulmonares bien ventilados, refirió que del TAC de tórax contrastada presentó mejoría del derrame pleural izquierdo con persistencia de atelectasia y adenopatías mediastinales⁶⁴.

114. En relación con lo anterior, este Organismo Nacional detalló en su Dictamen en Materia de Medicina que AR12, interpretó la tomografía de tórax realizada el 1 de diciembre de 2023, con presencia de mejoría del derrame pleural izquierdo, adenopatías mediastinales simples en varias regiones y sugirió manejo conservador de derrame pleural ya que por las condiciones de V, podría tratarse de derrame por trasudado⁶⁵; sin embargo, no refirió el tamaño del derrame y la orientación diagnóstica, tampoco señaló los criterios que consideró para mencionar que V presentaba “mejoría”; en lo que se refiere a los crecimientos ganglionares, no indicó el tamaño, probable causa y manejo. Cabe mencionar que AR12 no dio seguimiento a la fístula traqueoesofágica que presentó V, que, desde el 24 de noviembre de 2023, planeo descartar por medio de broncoscopía, lo cual era de suma importancia ya que el paso del contenido esofágico como la saliva, alimentos, reflujo gástrico, a la tráquea y a las vías respiratorias distales, producirían infecciones respiratorias de repetición, fallo respiratorio y posible muerte, por lo que no proporcionó una atención médica adecuada.

⁶⁴ Agrandamiento de los ganglios linfáticos del mediastino, el área entre los pulmones.

⁶⁵ Acumulación de líquido en el espacio pleural que se produce por un filtrado de líquido desde los vasos sanguíneos.

115. El 20 de diciembre de 2023 a las 07:11 horas, AR3 y PMB18, brindaron atención médica a V y en la nota médica citaron que ese día el personal médico de turno es llamado por personal de enfermería porque V presentó diaforesis, taquipnea, desaturación, taquicardia, crépitos rudos bilaterales, contando con criterios para intubación oro-traqueal.

116. A las 08:36 horas del 21 de diciembre de 2023, V recibió atención médica por PSP3 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2 y PMB5, quienes reportaron que el día anterior presentó deterioro respiratorio súbito caracterizado por disnea⁶⁶, taquipnea, desaturación y diaforesis, asociado a datos de choque séptico, sin mejorar condiciones generales a pesar de tratamiento médico instaurado, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea. Cursando las últimas 24 horas con inestabilidad hemodinámica, durante el enlace de turno se informó por personal de enfermería que V se encontró sin pulso, se acude a su valoración comprobando parada cardíaca e iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar, avanzada durante 15 minutos sin respuesta a éste, se tomó electrocardiograma con trazo en asistolia⁶⁷, se declaró su defunción a las 07:05 horas de 21 de diciembre de 2023, con causas: choque séptico 4 días; neumonía intrahospitalaria 2 meses; infecciones de vías urinarias 6 días; diabetes mellitus tipo 2 de 30 años.

117. Al respecto, de las constancias médicas analizadas se advirtió que no se contó con la nota médica de indicaciones y en la nota de enfermería no se menciona el tratamiento medicamentos administrados durante la parada cardíaca, por lo que no se cuenta con elementos técnicos-médicos para determinar si la atención médica durante el paro cardiorrespiratorio fue adecuada.

118. Por lo antes expuesto, es acertado explicar que, en el caso de V no se cumplió con brindarle el máximo nivel posible de salud física y mental, al no cumplir con los

⁶⁶ Dificultad para respirar.

⁶⁷ Ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio.

elementos establecidos en la Observación General No 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales):

- a) Disponibilidad: V no accedió a atención médica especializada pese a sus comorbilidades y padecimientos concretamente a la presencia de lesión pleural;
- b) Accesibilidad: No se brindó a V el tratamiento adecuado para sus padecimientos, además de observarse la ausencia de tomógrafo y radiografía portátil, instrumentos necesarios para normar conducta de la lesión pleural;
- c) Aceptabilidad: La atención medica no se brindó de forma digna y oportuna y se inobservó la perspectiva de persona mayor;
- d) Calidad: Por las mismas consideraciones se incumplió con dicho precepto; advirtiéndose, además, la falta de instrumentos médicos en los Servicios de Radiología y Tomografía.

119. De las omisiones expuestas se concluye que, el dejar de observar y atender las providencias médicas descritas en los apartados respectivos en el cuerpo de la presente Recomendación, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, contribuyó a la progresión de la condición que presentaba V como persona mayor, ya que descartaron e incumplieron considerar su estado integral y no le proporcionaron servicios sanitarios de calidad, en los que se incluyen, servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa que requería, lo que condujo a la progresión del deterioro de su estado de salud, aun y cuando contaba con diagnósticos establecidos de diabetes mellitus II insulín dependiente con cetoacidosis, infecciones de vías urinarias, choque séptico de foco urinario, Úlceras por Presión, neumotórax, neumonía bacteriana no especificada.

120. De igual manera, repercutieron en el deterioro de la salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, a las recomendaciones y evidencias indicadas en la Guía de Práctica y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética, Manejo de las Ulceras por Presión Guía de Práctica y Manejo de las Ulceras por Presión; Guía de Práctica y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en su numeral 4.1.2.2, Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto, en su numeral 4.1; de la misma forma, incumplieron con los artículos 32 de la LGS, 8, 9, 26, 29, 48, 72 y 73 del LGS y 5, 7 y 8 del RPM-IMSS, así como con la Literatura Médica especializada en el tema; de la misma manera, a lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.⁶⁸

B.3. PERSONA MÉDICO BECARIO

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

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

⁶⁸ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

122. En relación a la participación del personal médico becario en la atención médica brindada a V, el Dictamen en Materia de Medicina de este Organismo Nacional se determinó que PMB1, PMB2, PMB3, PMB4, PMB5, PMB6, PMB7, PMB8, PMB9, PMB10, PMB11, PMB12, PMB13, PMB14, PMB15, PMB16 y PMB17, valoraron a V persona mayor con la supervisión, orientación y dirección del personal adscrito al HGZ No. 2, quienes desestimaron el cuadro clínico que presentó V, omitieron presentar un completo abordaje médico, sin integrar un diagnóstico certero y normar la conducta a seguir, lo que contribuyó a que su estado de salud se agravara hasta su fallecimiento.

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

124. Por tanto, deberá investigarse a las personas servidoras públicas a cargo de PMB para que se deslinde su responsabilidad que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido con la NOM-EM-001-SSA3-2022, cuyos lineamientos especifican que el profesorado titular y personal adjunto debieron coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de las personas médicas residentes, señaladas en el programa operativo respectivo; y que las personas médicas residentes requieren recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesorado titular y la persona titular de la jefatura del servicio y el personal médico adscrito, en un ambiente de respeto y contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA DE LA PERSONA MAYOR

125. 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 (...).⁶⁹

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

127. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, normatividad que garantiza el Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, imponiendo el deber a los

⁶⁹ CrIDH, *Caso Coc Max y otros vs. Guatemala*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.

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.

128. Al respecto, la CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio⁷⁰. entendiéndose con ello que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de ésta.

129. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁷¹, 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 las personas pacientes.

130. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 personas servidoras públicas adscritas al HGZ No. 2, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base a lo siguiente:

⁷⁰ CrIDH, *Caso González y otras* ("Campo Algodonero"), Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

⁷¹ CNDH. Recomendación 39/2021, párrafo 97, del 2 de septiembre de 2021.

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

131. En el presente caso, se advierte que la atención médica proporcionada a V en situación de vulnerabilidad como persona mayor, por AR1 y AR2, personal médico adscritos al Servicio de Urgencias el 19 de septiembre de 2023, fue inadecuada toda vez que, desde su ingreso al HGZ No. 2, no diagnosticaron ni manejaron de manera correcta y oportuna el neumotórax iatrogénico que se produjo cuando se puncionó el pulmón derecho de manera accidental al colocarle el catéter venoso central, omitiendo brindarle el tratamiento médico idóneo como era la colocación de una sonda endopleural, con la finalidad de extraerle aire o líquidos para facilitarle su respiración; de igual manera, excluyeron la toma de radiografía de tórax, la cual era obligatoria posterior a la colocación del catéter citado, tomando en cuenta que ese procedimiento es considerado una urgencia médica.

132. En ese contexto, es importante señalar que la inadecuada atención médica indicada provocó diversas complicaciones como derrame pleural, neumonía, anemia, probable absceso pulmonar, infecciones en vías urinarias, tejidos blandos, sumado a la diabetes mellitus tipo II, focos infecciosos que tampoco fueron atendidos de manera correcta por AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, ya que no le realizaron una exploración física completa con la finalidad de describir las características y evolución de los procesos infecciosos y prescribir el tratamiento médico adecuado, previo estudios clínicos y de gabinete correspondientes, omisiones que en su conjunto condujeron a choque séptico que provocó el fallecimiento de V, como consecuencia de la inobservancia a las recomendaciones indicadas en la Guía de Práctica y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética, Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto, Guía de Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural, Guía de Práctica y

Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico; y, a lo indicado por los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72 y 73 del RLGS y 5, 7 y 8 del RPM-IMSS, los que refieren que la atención médica deberá conducirse bajo los principios científicos y éticos que orientan a la práctica médica, debiéndose garantizar el derecho de las personas usuarias a servicios de salud oportunos y de calidad, siendo directamente responsable el personal médico del diagnóstico y tratamiento de las personas pacientes.

133. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto de la CPEUM, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, debieron valorar adecuada e integralmente a V tomando en consideración su condición de persona mayor y las comorbilidades antes descritas, para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

134. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.⁷²

⁷² CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

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

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

136. 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.”*⁷³ 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.

137. 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.”*⁷⁴ Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos 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

⁷³ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8.

⁷⁴ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

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 adultas 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.

138. 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 (...).”*

139. 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 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, debiendo tomar medidas para que las instituciones públicas ofrezcan a la persona 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 mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

140. 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 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 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 *“(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”*

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

142. Adicionalmente, la Ley General de Salud 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”*.

143. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁷⁵, 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

⁷⁵ Publicado el 19 de febrero de 2019, párrafo 418.

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...

144. De igual forma, en la Recomendación 8/2020 se destacó que este derecho de las personas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.

145. 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 saludable⁷⁶.

146. El trato prioritario constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos ; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de

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

su estado de salud hasta su fallecimiento.

147. Corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas, ello a través del refuerzo de los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a las personas pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento, por las razones antes referidas, el enfoque que se materializó en la atención médica de V proveída por el personal médico adscrito al HGZ No. 2, fomenta obstáculos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud. Debido a ello, al ser V una persona perteneciente a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor con las comorbilidades ya descritas debió recibir un trato preferencial por el personal médico tratante que permitiera la mejoría de su estado clínico, inadvertencia que se corroboró con las omisiones del personal médico adscrito al HGZ No. 2, quienes estuvieron a cargo de su atención médica.

148. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.⁷⁷

⁷⁷ El principio pro-persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro->

D.1 VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO DE V POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO PERSONA MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

149. Como ya se ha abordado en el apartado anterior, vinculado a la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, personal médico adscrito al HGZ No. 2, no consideraron la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba V, al tratarse de una persona mayor, afectando otros derechos específicamente el derecho al trato digno, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico adscrito al HGZ No. 2, en su caso practicarle los estudios necesarios para brindarle el tratamiento médico de acuerdo a sus padecimientos, lo cual no ocurrió como quedó anteriormente descrito.

150. 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.

151. Anteriormente, esta Comisión, se pronunció que las personas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad⁷⁸, considerando que en México son particularmente susceptibles a

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

⁷⁸ CNDH, "Informe... *cít*, párrafo 371.

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.⁷⁹

E. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3

152. El derecho humano de acceso a la información es aquel que garantiza a las personas el acceso a la información pública, busca, 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 paciente, así como a su acceso por parte del paciente y su familia.

153. 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), n el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19 y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el numeral 13.1.

154. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas previene que, en materia de salud, el derecho de

⁷⁹ ONU, *op. cit.*, párrafo 8.

acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁸⁰

155. En el párrafo 27, de la Recomendación General 29/2017⁸¹, esta Comisión Nacional consideró que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia, son mutuamente vinculables para su realización, y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

156. En el *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, la CrIDH indicó que:

“expediente médico, adecuadamente integrado [es un] instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁸²

157. La propia NOM-Del Expediente Clínico define este como:

[...] es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal del área de salud, el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.⁸³

158. Este Organismo Nacional en el párrafo 34 de la precitada Recomendación General

⁸⁰ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), número iv).

⁸¹ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁸² CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

⁸³ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Introducción, párrafo 3.

29/2017⁸⁴, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente, y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.

159. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional observó en la integración del expediente clínico de V en el HGZ-2.

E.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

160. El personal médico especializado de esta CNDH destacó en el Dictamen en Materia de Medicina, omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico, a saber:

160.1. Se definió en la valoración médica del 20 de septiembre de 2023 a las 02:09 horas, que V fue atendida por AR2 y PMB2, y en la nota médica indicaron que se le realizó radiografía de tórax en la cual se observó

⁸⁴ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

neumotórax; sin embargo, no se especificó fecha en la que se observó neumotórax lo que contraviene a lo indicado en el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico.

160.2. De igual manera, quedó asentado en las notas médicas de 24 y 25 de octubre de 2023 a las 11:06 y a las 10:57 horas respectivamente, suscritas en su oportunidad por AR11 y PMB14 que V fue valorada por el servicio de infectología, quien suspendió ciprofloxacino; sin embargo, no existe constancia que efectivamente V haya sido valorada por el Servicio de Infectología y que el ciprofloxacino era idóneo de acuerdo con el reporte de cultivo para mejorar el proceso infeccioso de tejidos blandos, ya que la nota médica no está en el expediente, vulnerando con ello lo indicado en el numeral 6 y 6.3 de la NOM-Del Expediente Clínico.

160.3. De igual forma, en la hoja de indicaciones médicas del 29 de septiembre de 2023, donde se mencionó “interconsulta a clínica de heridas” y a las 12:16 horas, se agregó “curaciones cada 24 horas con sulfadiazina de plata o por razón necesaria, realizada por enfermería”. Personal de enfermería reportó en nota de la misma fecha la presencia de úlcera por presión en sacro grado III, en la que no se anotó nombre del médico responsable, lo cual transgrede lo dispuesto en el numeral 5.10 la NOM-Del Expediente Clínico.

160.4. En el mismo sentido, se precisó que en la nota médica de las 08:36 horas del 21 de diciembre de 2023 suscrita por PSP3 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna en el HGZ No. 2 y PMB5, se señaló que durante el enlace de turno personal de enfermería les informó que V se encontraba sin pulso, y al valorarla comprobaron parada cardiaca y declararon su defunción a las 07:05 horas de ese día; sin embargo, no se contó con la nota médica de indicaciones y en la nota de enfermería no se

mencionó el tratamiento medicamentoso administrado durante la parada cardiaca, por lo que no se contó con elementos técnicos-médicos para determinar si la atención médica durante el paro cardiorrespiratorio fue adecuada, lo cual contraviene lo indicado en el numeral 6 y 6.2.6 de la NOM-Del Expediente Clínico.

161. Si bien las omisiones en que incurrió personal médico del HGZ No. 2 en las notas respectivas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho a que QVI, VI1, VI2 y VI3, conocieran la verdad, pues la mala integración del expediente clínico les imposibilita hasta cierto grado la búsqueda de justicia a favor de V, ante un probable caso de mala práctica, ya sea por medio de procedimientos administrativos o judiciales, inclusive ante este Organismo Nacional, ya que las deficiencias en el expediente no permiten establecer la existencia de responsabilidades de diversa naturaleza respecto de las personas servidoras públicas que participaron en la atención de V, de ahí que, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

F. CULTURA DE LA PAZ

162. Esta Comisión Nacional considera que para construir una sociedad donde se promuevan la justicia, la igualdad y la dignidad humana, es esencial promover una cultura de paz, es decir: “un conjunto de valores, actitudes y comportamientos que enfatizan el respeto a la vida, la dignidad humana, los derechos humanos, y que abarca principios como la libertad, la justicia, la solidaridad y la tolerancia”.⁸⁵

⁸⁵ CNDH, “¿Qué es el derecho humano a la paz?”, Perspectiva global, México, Nueva Época, núm. 14, octubre de 2023, pp. 13-14.

163. La cultura de paz también busca abordar las causas profundas de los conflictos, trabajando hacia una sociedad que refleje estos valores en su comportamiento cotidiano. Ya sea desde la justicia y la educación, o la construcción de una comunidad pacífica, todos tenemos un papel que desempeñar en la promoción de una cultura de paz.⁸⁶

164. Como antecedentes de la cultura de paz, encontramos a la Asamblea General de las Naciones Unidas examinó el proyecto titulado "Hacia una cultura de paz"⁸⁷ en sus períodos de sesiones quincuagésimo y quincuagésimo primero en relación con el tema titulado "Cuestiones relativas a los derechos humanos".⁸⁸

165. El tema titulado "Hacia una cultura de paz" fue incluido en el programa del quincuagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea, celebrado en 1997, a solicitud de varios Estados⁸⁹. El año 2000 se proclamó Año Internacional de la Cultura de la Paz.⁹⁰

166. En su quincuagésimo tercer período de sesiones, la Asamblea General proclamó el período comprendido entre los años 2001 y 2010 Decenio Internacional de una cultura de paz y no violencia para los niños del mundo⁹¹, y aprobó la Declaración y el Programa de Acción sobre una Cultura de Paz⁹². En dicha Declaración se sientan las bases conceptuales de la cultura de paz, así como las directrices y medidas para su desarrollo:

⁸⁶ Ídem

⁸⁷ ONU, Resolución A/RES/50/173. "Decenio de las Naciones Unidas para la educación en la esfera de los derechos humanos: hacia una cultura de paz", 1996.

⁸⁸ ONU, Resolución A/RES/51/101. "Cultura de paz", 1996.

⁸⁹ ONU, Solicitud A/52/191. "Solicitud de inclusión de un tema adicional en el programa del quincuagésimo segundo período de sesiones: hacia una cultura de paz", 1997.

⁹⁰ ONU, Resolución A/RES/52/15. "Proclamación del año 2000 Año Internacional de la Cultura de la Paz", 1998.

⁹¹ ONU, Resolución A/RES/53/25. "Decenio Internacional de una cultura de paz y no violencia para los niños del mundo (2001–2010)", 1998.

⁹² ONU, Resolución A/RES/53/243. "Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz", 1999.

La cultura de paz es un conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y su dignidad. Que pone en primer plano los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas.

167. En la actualidad, veintitrés años después de la aprobación de la “Declaración y Programa de Acción de Cultura de Paz”, la cultura de paz está teniendo un gran avance a nivel global; numerosas organizaciones de la sociedad civil, instituciones educativas de los distintos niveles, administraciones locales, estatales y federales, de todo el mundo, llevan a cabo proyectos y acciones de todo tipo para el fomento de una cultura de paz.

168. Para esta Comisión Nacional, la cultura de la paz debe ser un propósito afín y común para todas las autoridades involucradas en el cumplimiento de los derechos humanos, pero también debe ser un compromiso de toda la sociedad; por ello, a través de sus determinaciones busca propiciar mayormente esquemas de recomposición del tejido social, acciones encaminadas a la no repetición de los hechos que generaron violaciones a los derechos humanos.

169. Así, nos encontramos ante la posibilidad de contribuir a la construcción de una paz estable y permanente que consolide la transformación de la sociedad y fortalezca la confianza en sus instituciones, reconstruyendo así toda clase de paradigmas preexistentes, con el objeto de contribuir a la construcción y consolidación de una cultura de paz por medio de la reflexión, la investigación, la educación e iniciativas y acciones preventivas como la capacitación que este Organismo Nacional realiza a las autoridades que participan en labores médicas, sobre todo, con el fin de anticipar soluciones a los grandes desafíos que, de otro modo, puedan desembocar en conflictos.

170. Por ello, este Organismo Nacional considera que la presente Recomendación

constituye una oportunidad para el IMSS de concretar acciones y sumarse a una cultura de la paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunte valores, actitudes y comportamientos que protejan y garanticen el respeto a la vida, al ser humano y su dignidad, anteponiendo el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como en la comprensión entre los pueblos, colectivos y personas.

171. Este Organismo Nacional mediante esta Recomendación y las medidas de reparación solicitadas, contribuyen a la construcción de una paz estable y permanente, que consolide la transformación de la sociedad y fortalezca la confianza en sus instituciones, en pro de la dignidad y los derechos humanos de las personas.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

172. Por lo expuesto, se acreditó que la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 personal médico tratante de V persona mayor, provino de la inadecuada atención médica proporcionada, por incumplimiento a las recomendaciones indicadas en la Guía de Práctica y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética, Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto, Guía de Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural, Guía de Practica y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico; y, a lo indicado por los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72 y 73 del RLGS y 5, 7 y 8 del RPM-IMSS, así como con la Literatura Médica especializada en el tema, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en su fallecimiento, correspondiendo de forma individual en lo siguiente:

172.1. El 19 de septiembre de 2023, AR1 de manera inadecuada decidió el abordaje de la vía aérea con intubación orotraqueal sin contar con estudio radiográfico de control, es decir, sin diagnóstico clínico preciso, cuando lo correcto era la colocación de sonda endopleural derecha de manera oportuna; además, omitió solicitar la valoración de especialistas en neumología y cirugía cardiotorácica antes de realizar ese procedimiento, toda vez que contaba con datos clínicos compatibles con la punción de la pleura torácica.

172.2. En la valoración médica del 20 de septiembre de 2023, AR2 otorgó una atención médica inadecuada a V ya que, aun y cuando se confirmó plenamente que el problema respiratorio de V se derivó del neumotórax iatrogénico, permaneció con ventilación mecánica, omitiendo solicitar valoraciones de los Servicios de Neurología y Neumología para determinar si V requería continuar con ventilación mecánica y establecer un diagnóstico pulmonar certero.

172.3. El 22 de septiembre de 2023, AR3 de manera inadecuada, determinó “Choque séptico” de foco urinario SOFA 10 puntos, sin contar con los estudios necesarios para confirmarlo, omitió solicitar estudios de laboratorio para integrar el diagnóstico de choque séptico.

172.4. El 24 de septiembre de 2023, AR4 de manera inadecuada señaló aparente mejoría de neumotórax y retiró la sonda colocada en tórax de V, sin describir los criterios clínicos y sin apoyo radiológico; además, reportó lesión renal en vías de recuperación, sin establecer los criterios considerados y omitió tratamiento adecuado y oportuno respecto de las úlceras por presión que presentaba, lo que implicó otro foco séptico.

172.5. El 28 de septiembre de 2023, AR5 omitió referir la saturación de oxígeno, mencionó la presencia de enfisema subcutáneo “en ambos hemitórax,

predominantemente del lado derecho”; además, observó la sonda endopleural derecha en ese momento, sin tener certeza del lado que fue colocada.

172.6. El 28 y 29 de septiembre de 2023, AR6 reportó a V con fiebre sin referir valores por lo que suspendió la administración del antibiótico denominado meropenem e indicaron vancomicina sin contar con reportes de cultivos ni cuantificación de leucocitos que fundamentará el cambio de antibióticos a ocho días del tratamiento, omitió solicitar valoración por el Servicio de Neurología para determinar la causa de dichas alteraciones.

172.7. En la valoración médica de 4 de octubre de 2023, AR7 proporcionó una atención médica inadecuada a V, ya que retiró el sistema de succión sin contar con estudios radiológicos ni clínicos necesarios para asegurarse de que el pulmón estuviera expandido y normar esa conducta; de igual forma, omitió contar con estudios de gabinete y datos clínicos para establecer el diagnóstico de Neumonía bacteriana.

172.8. AR8, AR9 y AR10 en la valoración de V correspondiente al 7, 16 y 20 de octubre respectivamente, omitieron realizar una exploración física completa al no describir todas las características de las úlceras de presión que V presentaba por lo que no le brindó el tratamiento que requería.

172.9. El 24 y 25 de octubre de 2023, AR11 disminuyó la dosis de insulina basal por valores bajos de glucosa sanguínea, acción inadecuada ya que lo correcto era suspender la administración de dicha hormona.

172.10. El 2 de noviembre de 2023, AR12 no proporcionó una atención médica adecuada, al omitir describir las características del derrame pleural como su tamaño, el porcentaje de ocupación en la cavidad torácica, ni solicitar toracocentesis diagnóstica.

172.11. El 5 de noviembre de 2023, AR13 omitió realizar las acciones necesarias para la toma de radiografía de tórax y tac de cráneo de V.

172.12. AR14, en las valoraciones médicas de V de los días 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16 y 17 de noviembre de 2023, omitió realizar una exploración física completa y un manejo adecuado de las úlceras por presión donde se describieran todas las características y la evolución de estas.

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

174. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa ante el OIC-IMSS, para que con motivo de las observaciones

realizadas en la presente Recomendación, se realice la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2. por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica proporcionada de V persona mayor, a fin de que, de ser el caso, dicha autoridad determine lo que en derecho corresponde, considerando lo señalado en apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V. 2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

175. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

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

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

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

179. En el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, derivado de la omisión de implementar un manejo adecuado para los antecedentes, sintomatología y patologías que presentaba V persona mayor, aspectos que contribuyeron en su deterioro clínico al retrasar su diagnóstico y tratamiento oportuno, hasta causar la muerte.

180. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente Recomendación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el PAD tuvo conocimiento que durante la hospitalización de V persona mayor, el HGZ No. 2 no se contó en diversos momentos con recursos fundamentales como fue el Servicio de imagenología, laboratorio, así como la falta de personal para movilizar a V para el manejo del neumotórax, derrame pleural, el absceso pulmonar y la sepsis por lo que debió referir a V a otra institución que si contara con esos servicios o subrogar los mismos.

181. Como consecuencia de lo anterior, no se diagnosticó oportunamente el neumotórax, tampoco se confirmó la posición adecuada del drenaje torácico; de igual forma, se omitió descartar otras enfermedades como la neumonía y el obseso pulmonar que fueron documentadas; asimismo, por falta de personal camilleros que movilizaran a V, no recibió la atención y los aseos respectivos en las úlceras por presión que presentó, consistentes en baño con esponja, omisiones atribuibles al PAD que contribuyó en el atraso de un manejo médico oportuno que favoreció el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento, ya que debió de prever que esos servicios se encontraran disponibles los 365 días del año las 24 horas del día, de tal manera que se incumplió con las recomendaciones establecidas en la Guía de Práctica y Tratamiento de Tórax en Adulto, con el numeral 7.2 de la NOM-206-SSA1-2002, artículos 5 del RPM-IMSS, 32 de la LGS y 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del RLGS.

182. Lo anterior, constituye una responsabilidad institucional para el IMSS, ya que PAD del HGR No. 2 debió realizar las acciones necesarias con el fin de asegurar la disponibilidad de los recursos materiales y humanos necesarios para su correcto funcionamiento. Además, se deben establecer los protocolos correspondientes para la realización de las gestiones y procedimientos administrativos necesarios en caso de no contar con la disponibilidad de estos servicios, con el objetivo de garantizar el adecuado proceso de referencia de las personas pacientes a hospitales de apoyo que cuenten con los servicios mencionados, con apego a la normatividad antes mencionada y en consecuencia, se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar esas prácticas.

183. A mayor abundamiento, el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que el IMSS será corresponsable con los médicos, enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal, respecto de los diagnósticos y tratamientos de las personas pacientes, por lo que, en el presente caso, las omisiones señaladas, constituyen responsabilidad

institucional.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

185. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI; 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96, 97; fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112, 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V persona mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, este Organismo Nacional les reconoce a V, QVI, VI1, VI2 y VI3 su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia

y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir a V así como a QVI, VI1, VI2 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

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

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

a) Medidas de rehabilitación

188. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

189. Por ello, como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS en coordinación con la CEAV y, atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3 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; así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a la víctima, 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, deberá remitir las constancias correspondientes a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

190. 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 ⁹³.

191. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, los daños patrimoniales

⁹³ *Caso Bulacio vs Argentina*, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

192. 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, VI1, VI2 y VI3 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté 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, por el fallecimiento de V persona mayor, proceda a la reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

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

194. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral 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

195. 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, las cuales se podrán cumplir mediante el inicio de las investigaciones penales y/o administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

196. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V persona mayor, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, dicha instancia resuelva conforme a lo que derecho proceda de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

197. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principio de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V persona mayor, QVI, VI1, VI2 y VI3 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

198. Estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de los hechos violatorios de derechos humanos 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 al 78 de la Ley General de Víctimas.

199. La CrIDH, ha dicho que una de las medidas de no repetición, también la constituye el deber del Estado de emprender con seriedad, en un plazo razonable, todas las acciones necesarias para identificar y sancionar a todos los autores de violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de las víctimas.

200. En este sentido, el IMSS deberá diseñar e implementar en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un proceso de formación continua y profesionalización en derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho humano a la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de

vulnerabilidad como persona mayor y al acceso a la información en materia de salud, así como la LGS, RLGS, RPM-IMSS y de las NOM-016-SSA3-2012, NOM-206-SSA1-2002, NOM del expediente clínico, dirigido al personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, en particular a AR1, AR2, AR3, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, en caso de encontrarse en activo laboralmente; adicional a lo anterior, a AR1, AR2, AR3 y AR4 relacionado con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la Guía de Práctica y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico y Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión; de la misma forma a AR5, a la Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto; asimismo, a AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 a la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión; respecto a AR12, a la Guía de Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural; y, a AR13 y AR14 a la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, 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; el proceso de formación continua, se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en él; de igual forma, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación; ello en cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

201. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán emitir una circular dirigida al personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, en caso de continuar laboralmente activo, en la que se les instruya a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud, al trato digno por la situación de vulnerabilidad como persona mayor, a la vida y al acceso a la información en materia de salud; de igual manera, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir al no cumplir con dichas obligaciones o los procesos de evaluación

que el IMSS tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esa medida, deberá realizarse en un periodo de dos meses; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello en cumplimiento del quinto punto recomendatorio.

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

203. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted, titular de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3 a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, que ese Instituto realice ante la CEAV, acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, de manera específica, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica y fallecimiento de V, proceda

a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de así requerirla, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas de género; esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un horario y lugar accesibles para las víctimas, con sus consentimientos, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. En caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando estas así lo determinen o deseen 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 en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, por las irregularidades en las que incurrieron en agravio de V persona mayor, que se especifican en el apartado de “RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS” de este pronunciamiento a fin de que dicha instancia investigadora en el ámbito de sus atribuciones se realice la investigación correspondiente, y de ser el caso resuelva conforme a lo que derecho proceda de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas; por lo cual, se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen con las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se implemente en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un proceso de formación continua y profesionalización en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad como persona mayor y al acceso a la información en materia de salud, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, así como la debida observancia y contenido de la LGS, RLGS, RPM-IMSS y de las NOM-016-SSA3-2012, NOM-206-SSA1-2002, NOM del expediente clínico, dirigido al personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, en particular a AR1, AR2, AR3, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, en caso de encontrarse en activo laboralmente; adicional a lo anterior a AR1, AR2, AR3 y AR4 relacionado con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la Guía de Práctica y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico y Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión; de la misma forma a AR5, a la Guía de Práctica y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adulto; asimismo, a AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 a la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión; respecto a AR12, a la Guía de Práctica y Tratamiento del Derrame Pleural; y, a AR13 y AR14 a la Guía de Práctica y Manejo de Úlceras por Presión, 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; dicho proceso se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en el mismo; de igual forma, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular en la que se instruya a todo el personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias, Cirugía Torácica, Neumología, Cirugía

General y Medicina Interna en el HGZ No. 2, en particular a AR1, AR2, AR3, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, en caso de encontrarse en activo laboralmente, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad como persona mayor y acceso a la información en materia de salud; asimismo, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir al no cumplir con dichas obligaciones o los procesos de evaluación que el IMSS tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esta medida, deberá realizarse en un periodo de dos meses; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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.

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

205. 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.

206. Con base en el fundamento jurídico previamente señalado, solicito 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.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH