

RECOMENDACIÓN NO. 149/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS AL TRATO DIGNO, A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, POR SU SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO PERSONA MAYOR; ASÍ COMO A LA INTEGRIDAD EN AGRAVIO DE QVI, ATRIBUIBLES A PERSONAL DE LA CLÍNICA-HOSPITAL “CD. VICTORIA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2025.

**TITULAR DE LA DIRECCION GENERAL
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable titular:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Federal; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/4172/Q**, relacionado con la atención médica brindada a V en la Clínica-Hospital “Cd. Victoria” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Ciudad Victoria, Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6o., 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, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Clínica-Hospital “Cd. Victoria” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Ciudad Victoria, Tamaulipas	Clínica-Hospital
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Federal
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Desequilibrio Ácido-Base. Evidencias y Recomendaciones. IMSS-411-10	GPC-Ácido-Base
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Evidencias y Recomendaciones. GPC-IMSS-335-19, actualización 2019	GPC-Enfermedad Renal Crónica
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE

I. HECHOS

5. El 12 de marzo de 2024, QVI presentó queja en este Organismo Nacional, a través de la cual, expuso que el 18 de febrero de 2024, V acudió al área de Urgencias de la Clínica-Hospital, lugar en el que efectuaron el diagnóstico de gastritis y, posteriormente, se le otorgó el alta hospitalaria.

6. Al día siguiente, aproximadamente a las 05:00 horas, V regresó al servicio de Urgencias de la Clínica-Hospital, donde el personal médico que lo valoró informó que se ordenaron estudios de laboratorio y que se verificaría su evolución; no obstante, en virtud de que V se quejaba de dolor, sus familiares solicitaron que se llamara a un especialista, recibiendo como respuesta que el urólogo no se encontraba presente en ese momento.

7. Por lo anterior, los familiares de V acudieron a la Dirección de la Clínica-Hospital y se comunicaron con la Delegación Estatal del ISSSTE para solicitar apoyo, lo que derivó en que V recibiera atención médica por parte del subdirector y, hasta las 13:35 horas por el urólogo, quien les informó que V había presentado una alteración de ritmo cardíaco letal, motivo por el cual, procedió a introducir un tubo a través de la boca y la garganta hasta la tráquea para mantener abierta la vía. Esto después de haber permanecido alrededor de ocho horas con náuseas y vómito.

8. Hechos por los que QVI expuso que V falleció a consecuencia de una negligencia médica, ya que el certificado de defunción señala que la causa de muerte fue por Hiperkalemia, que significa contar con un nivel elevado de potasio en la sangre “de horas”, lo que visibilizó que el personal médico realizó diversos estudios percatándose del problema y, aun así, no proporcionaron la atención que requería, sin dejar de lado los padecimientos de hipertensión arterial sistémica que es una enfermedad crónica donde

la circulación de la sangre se mantiene alta de forma constante, la diabetes mellitus, que se refiere a un alto nivel de azúcar en la sangre y la insuficiencia renal crónica, lo que significa que sus riñones no podían limpiar la sangre correctamente, por lo que solicitó a esta Comisión Nacional que se investigaran los hechos antes narrados.

9. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2024/4172/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V que se integró en la Clínica-Hospital, con informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja presentado por QVI ante este Organismo Nacional el 12 de marzo de 2024, a través del cual indicó las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención médica que le brindaron a V en la Clínica-Hospital.

11. Oficio DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/2746-6/24 de 19 de junio de 2024, a través del cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico de V generado en la Clínica-Hospital, del que destacan los siguientes documentos:

11.1. Nota de admisión de las 05:48 horas de 19 de febrero de 2024, suscrita por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

11.2. Nota de evolución de las 09:40 horas de 19 de febrero de 2024, suscrita por AR2, personal médico especialista en Medicina de Urgencias.

11.3. Nota de evolución de las 09:45 horas de 19 de febrero de 2024, suscrita por PSP1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

11.4. Nota de evolución de las 13:00 horas de 19 de febrero de 2024, suscrita por AR2.

11.5. Nota médica de las 14:13 horas de 19 de febrero de 2024, suscrita por PSP2, personal adscrito al servicio de Urgencias.

12. Dictamen en Materia de Medicina de 16 de mayo de 2025, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a V en la Clínica-Hospital fue inadecuada.

13. Oficio 041344 de 20 de junio de 2025, a través del cual personal de este Organismo Nacional solicitó al ISSSTE la situación laboral actual de AR1, AR2, PSP1 y PSP2, además de conocer si se inició alguna investigación en el OIC-ISSSTE y/o queja médica, si se dio vista al agente del Ministerio Público de la Federación o reclamación patrimonial del Estado.

14. Oficio SAD/JSCDQR/2241/2025 de 31 de julio de 2025, mediante el cual, el ISSSTE informó la situación laboral actual de AR1, AR2, PSP1 y PSP2, con la aclaración de que no se inició investigación ante el OIC-ISSSTE, ni se dio vista al agente del Ministerio Público de la Federación. También indicó no tener conocimiento de alguna reclamación patrimonial del Estado, con la precisión de que sí existe una queja médica.

15. Cuatro Actas Circunstanciadas a través de las cuales, en fechas 16, 19 y 24 de junio, así como el 3 de julio, todos de 2025, se solicitó a QVI que informara a este

Organismo Nacional si presentó queja ante el OIC-ISSSTE y/o CONAMED y denuncia en la FGR, sin que exista constancia de cumplimiento.

16. Tres correos electrónicos a través de los cuales, en fechas 19 de junio, así como el 1 y 14 de julio, todos de 2025, se solicitó a QVI que informara a este Organismo Nacional si presentó queja ante el OIC-ISSSTE y/o CONAMED y denuncia en la FGR, sin que exista constancia de cumplimiento.

17. Acta Circunstanciada de 8 de agosto de 2025, a través de la cual, la Jefa de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE informó que la queja médica se encontraba en trámite.

18. Actas Circunstanciadas de 13 de noviembre y 10 de diciembre de 2025, a través de las cuales, se solicitó a QVI que señalara si había presentado queja ante el OIC-ISSSTE, CONAMED o denuncia en la FGR, sin que se proporcionaran los datos del expediente administrativo y/o Carpeta de Investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. Esta Comisión Nacional cuenta con evidencia en la que se advierte que, con motivo de los hechos del presente instrumento recomendatorio se inició una queja médica ante el Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud del ISSSTE, misma que se encuentra en trámite.

20. Por otro lado, no se cuenta con los datos del expediente administrativo y/o Carpeta de Investigación que en su caso se haya generado con motivo de la presentación de una queja ante el OIC-ISSSTE o denuncia ante el Ministerio Público de la Federación por

parte de QVI; tampoco se cuenta con evidencia del inicio de queja en CONAMED o alguna reclamación patrimonial del Estado.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/4172/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como el derecho humano a la integridad en perjuicio de QVI, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas a la Clínica-Hospital, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO Y ATENCIÓN PRIORITARIA DE V, POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO PERSONA MAYOR

22. La CrIDH¹ ha conocido de diversos contextos históricos, sociales y políticos que permitieron situar los hechos alegados como violatorios de derechos humanos. En algunos casos el contexto posibilitó la caracterización de los hechos como parte de un patrón sistemático de violaciones a los derechos humanos, como una práctica aplicada o tolerada por el Estado o como parte de ataques masivos y sistemáticos o generalizados

¹ CrIDH, *Caso Velásquez Paiz y otros vs. Guatemala*. “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 2015”, párrafo 43; *Caso López Lone y otros vs. Honduras*. “Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de octubre de 2015”, párrafo 43; *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú*. “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014”, párrafo 49; y, *Caso del Penal Miguel Castro vs. Perú*. “Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006”, párrafo 202.

hacia algún sector de la población. Asimismo, el contexto sirve como base para determinar la responsabilidad internacional del Estado, la procedencia de ciertas medidas de reparación y los estándares establecidos respecto de la obligación de investigar dichos casos.

23. Para esta Comisión Nacional el análisis de contexto es una herramienta esencial para el establecimiento de consecuencias jurídicas en casos de violaciones generalizadas, masivas y sistemáticas de derechos humanos; por ello, la protección integral de los derechos humanos, en tiempo y espacio, así como el seguimiento a los compromisos internacionales asumidos por los Estados, representan una fuente invaluable para la justiciabilidad de los derechos humanos.²

24. Adicionalmente, esta Comisión Nacional ha priorizado que las investigaciones que realice sobre violaciones a derechos humanos estén basadas en los enfoques en derechos humanos,³ interseccionalidad⁴ e inclusión⁵, con el objetivo de garantizar que las políticas públicas atiendan desigualdades estructurales.

25. En México, las personas mayores representan un grupo poblacional en crecimiento que enfrenta desafíos para el pleno ejercicio de sus derechos humanos, particularmente el de la protección a la salud.

² CNDH, *Análisis de contexto en la jurisprudencia internacional de los derechos humanos*, México, CNDH-I(dh)eas, 2021. Disponible: <https://goo.su/AgTU4>.

³ Herramienta epistemológica, jurídica y metodológica basada en el marco normativo de derechos humanos para orientar la acción de promoción y protección de los derechos humanos identificando los factores que llevan a la violación de los mismos y generando prácticas efectivas para su eficaz respeto y garantía.

⁴ Herramienta epistemológica, jurídica y metodológica para reconocer la multiplicidad de factores por los que una persona puede sufrir discriminación y los efectos que dicha violación a sus derechos humanos tiene en su proyecto de vida, el acceso a oportunidades, su acceso a la igualdad ante la ley. Esta categoría posibilita la identificación de los engranajes de exclusión para entender la negación del respeto y garantía de los derechos humanos.

⁵ Herramienta epistemológica, jurídica y metodológica para identificar las exigencias específicas de derechos humanos a partir de las situaciones y condiciones específicas de desigualdad y violación a los derechos humanos de las personas.

26. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Consejo Nacional de Población, las personas mayores constituyen actualmente el 12.8% de la población total, previendo que para el año 2030 el país alcance una etapa representada por más personas mayores (14.96%) que jóvenes (0 a 14 años) y para el año 2070 el porcentaje de personas mayores sea del 34.2%,⁶ siendo esto un fenómeno que plantea retos estructurales con el objetivo de garantizarles el pleno ejercicio de sus derechos humanos, debido a las diversas barreras y dificultades que presentan.

- **Enfoque de derechos humanos**

27. Las personas mayores tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como a recibir servicios médicos integrales, oportunos y de calidad, conforme lo establecen la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, al reconocer el derecho de toda persona a la protección de la salud, imponiendo al Estado la obligación de garantizar servicios integrales y accesibles; y la Ley de los Derechos de las Personas Mayores que señala que deben recibir atención prioritaria en los programas y políticas públicas, asegurando el acceso a servicios médicos, medicamentos, rehabilitación y cuidados integrales, bajo principios de igualdad, no discriminación, dignidad y participación social.

28. A nivel internacional, México ratificó en el año 2023, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que tiene por objeto *promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad, para lo cual los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para*

⁶ INAPAM, *Proyecciones demográficas de un México que envejece*, 2025. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/proyecciones-demograficas-de-un-mexico-que-envejece>.

garantizar 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.

29. Al respecto, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, establece la observancia de principios de derechos humanos en la atención médica de personas mayores, entre ellos, dignidad, autonomía, independencia, participación, no discriminación, acceso a servicios de calidad e información adecuada.

30. Ante ello, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece que las personas mayores tienen derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

- **Enfoque epidemiológico**

31. La atención prioritaria hacia este grupo es fundamental debido a su condición de vulnerabilidad, por lo que, en materia de salud, las personas mayores representan el grupo etario con mayor porcentaje de presentar enfermedades crónico–degenerativas,⁷ problemas cognitivos, discapacidad o limitaciones físicas.

32. Por lo que hace a las enfermedades crónico–degenerativas, la *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento*⁸ en México 2021, que tiene por objetivo actualizar la

⁷ Las enfermedades crónico degenerativas son afecciones de larga duración que empeoran con el tiempo y causan la degradación progresiva de tejidos y órganos. Se relacionan con el envejecimiento y estilos de vida, y aunque afectan mayormente a personas mayores, también pueden manifestarse en adultos jóvenes.

⁸ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define Envejecimiento como el *Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.*

información estadística sobre la población de 50 años y más en el país, para evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades, la discapacidad en la realización de actividades y la mortalidad reportó los siguientes datos:⁹

32.1. Las enfermedades que más afectaron a la población de 53 años y más fueron: hipertensión arterial (43.3%), diabetes (25.6%) y artritis (10.7%);

32.2. De las personas de 53 años y más, 62.3 % percibía tener un estado de salud de regular a malo;

32.3. De la población de 53 y más años, 67.7 % reportó haber asistido a consulta o visita médica en los últimos 12 meses; y

32.4. Entre 2018 y 2021, se tuvo una prevalencia similar en siete enfermedades comunes en la población de estudio, siendo estos: cáncer, embolia cerebral, infarto cardíaco, enfermedad pulmonar, artritis, diabetes e hipertensión arterial.

33. Respecto de los problemas cognitivos, en la *Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021*, se observó que la edad fue un factor determinante en la calidad de memoria, tan solo las personas mayores que habitan en la Ciudad de México reportaron que el 14.2% presenta algún tipo de demencia (Alzheimer 7.8%; demencia vascular 4.3% y demencia mixta 2.1%).¹⁰

⁹INEGI, Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf.

¹⁰ INAPAM, *La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular representan el 90 % de los casos en México*, 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-demencia-vascular-representan-el-90-de-los-casos-en-mexico>.

34. Ante ello, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la *Década del Envejecimiento Saludable*, la cual tiene como objetivo:

Reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores; prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

35. Lo anterior, en razón a que, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, mientras que, en el año 2050, la población mundial de personas mayores se habrá duplicado a 2100 millones,¹¹ situación que representa un reto para generar los mecanismos necesarios para que las personas mayores disfruten de un alto nivel de vida en todos los sectores como son el laboral, educativo y preferentemente el acceso a servicios de salud de calidad incluido la atención especializada y farmacológica.

- **Enfoque social**

36. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define la *Discriminación por edad en la vejez* como:

Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

¹¹ OMS, *Ageing and health*, 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

37. En este sentido, la *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022*, cuyo objetivo general es reconocer la magnitud de la discriminación en México, captar actitudes, prejuicios, opiniones y desigualdad que enfrenta la población que pertenece a diferentes grupos de interés, como lo son las personas mayores, arrojó los siguientes resultados:¹²

37.1. De la población de 60 años y más, 17.9 % declaró haber sido discriminada en los últimos 12 meses. De este porcentaje, 39.2 % refirió que el motivo fue su edad;

37.2. De la población de 60 años y más, 31.6 % opinó que, en México, los derechos de su grupo de población se respetan mucho, mientras que 30.5 % que se respetan poco; y

37.3. El 42.5% de la población de 60 años y más declaró que se le negó injustificadamente atención médica o medicamentos.

38. Es importante destacar que la discriminación por edad, también se ve reflejada en falta de información y trámites administrativos complejos que dificultan aún más su acceso efectivo a los servicios de salud.

39. Por lo expuesto, esta CNDH estima que el Estado Mexicano, a través de sus instituciones y dependencias, tiene la obligación de realizar las medidas de nivelación, las medidas de inclusión y las acciones afirmativas¹³ necesarias para garantizar a toda

¹² <https://www.conapred.org.mx/encuesta-nacional-sobre-discriminacion-enadis-2022/>.

¹³ La Ley Federal para Prevenir la Discriminación las define como:

Medidas de nivelación: son aquellas que buscan hacer efectivo el acceso de todas las personas a la igualdad real de oportunidades eliminando las barreras físicas, comunicacionales, normativas o de otro tipo, que obstaculizan el ejercicio de derechos y libertades prioritariamente a las mujeres y a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad.

persona mayor la igualdad real de oportunidades, el derecho a la no discriminación, la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención médica, asegurando que las políticas públicas de salud prioricen la atención integral de este grupo, entre ellas, fortalecer la infraestructura médica, disponibilidad de medicamentos, cobertura de servicios especializados, simplificación administrativa, capacitación continua del personal médico y administrativo para ofrecer una atención respetuosa y digna.

40. Cabe resaltar que, anteriormente esta Comisión, se pronunció respecto a las violaciones de los derechos humanos de las personas mayores, en las Recomendaciones: 61/2025, 65/2025, 68/2025, 69/2025, y 72/2025,¹⁴ en las que solicitó la adopción de diversas medidas de no repetición a fin de prevenir violaciones a derechos humanos.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR

41. El derecho humano a la protección de la salud consiste en que se garantice a toda persona el acceso a condiciones, bienes y servicios de calidad necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, es decir, el bienestar físico, mental y social, siendo indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, el derecho humano a la protección de la salud que se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política y en el artículo 1 Bis de la LGS, además esta CNDH emitió la

Medidas de inclusión: disposiciones, de carácter preventivo o correctivo, cuyo objeto es eliminar mecanismos de exclusión o diferenciaciones desventajosas para que todas las personas gocen y ejerzan sus derechos en igualdad de trato.

Acciones afirmativas: son las medidas especiales, específicas y de carácter temporal, a favor de personas o grupos en situación de discriminación, cuyo objetivo es corregir situaciones patentes de desigualdad en el disfrute o ejercicio de derechos y libertades, aplicables mientras subsistan dichas situaciones. Se adecuarán a la situación que quiera remediarse, deberán ser legítimas y respetar los principios de justicia y proporcionalidad.

¹⁴ Todas ellas disponibles en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>

Recomendación General “Sobre el derecho a la protección de la salud”

42. La Constitución de la OMS¹⁵ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”; para lo cual, los Estados deben garantizar que el servicio público de prestación de salud cumpla cuando menos, con las siguientes características:

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

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

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

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

43. El derecho humano a la salud, de conformidad a lo establecido en la LGS, comprende entre otros elementos: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas

¹⁵ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

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, por lo que, para garantizar la calidad en los servicios de 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.

44. En este sentido, el enfoque de derechos humanos en materia de salud se ha vinculado al denominado derecho a la atención primaria, que comprende acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, a partir de la prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas.

45. Es importante tomar en consideración lo que se establece en la LGS en el sentido de que para efectos de proporcionar la atención médica los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

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

47. 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. Por su parte el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 10.1 y 10.2 del “Protocolo de San Salvador”, establecen de manera coincidente que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental, al respecto el párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que ese nivel más alto se “puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”

48. Este Organismo Nacional, el 23 de abril de 2009, emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se aseveró que:

*El desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.*¹⁶

49. Por lo anterior y, del análisis realizado por este Organismo Nacional, se advirtió que AR1 y AR2 en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garantes, a que les obliga la fracción II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, así como el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida, por las siguientes consideraciones:

¹⁶ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

B.1. Antecedentes clínicos de V

50. V, persona mayor, quien al momento de los hechos contaba con varios padecimientos de salud, tales como hipertensión arterial sistémica, misma que tenía controlada con medicamentos, diabetes mellitus, por lo que requería aplicarse insulina para controlarlo; además, insuficiencia renal crónica y, debido a ello, estaba por iniciar un tratamiento de hemodiálisis con el objetivo de ayudar a limpiar la sangre, además, recibía una medicina que ayudaba a que su cuerpo produjera glóbulos rojos.

51. V se había sometido a una cirugía para retirar un pequeño bulto de grasa localizado en la espalda; también, se registró alergia a un medicamento que comúnmente se utiliza para aliviar el dolor y bajar la fiebre.

B.2. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V por la inadecuada atención médica

52. El 19 de febrero de 2024, V acudió al servicio de Urgencias de la Clínica-Hospital, donde fue valorada a las 05:48 horas por AR1, a quien le refirió que el motivo de consulta era dolor y náusea de inicio un día previo, con aumento de dolor posterior a la ingerir comida rica en grasas, azúcares y carbohidratos, motivo por el cual, se tomó un medicamento que sirve para aliviar síntomas digestivos y un protector de la mucosa gástrica, sin presentar mejoría.

53. A la exploración física, AR1 encontró a V alerta, con la boca seca, brazos íntegros, pulsos presentes, flujo sanguíneo presente, sin problemas con el corazón o la respiración, abdomen sin datos de irritación peritoneal, sin inflamación de la vesícula biliar, sin dolor en abdomen, inflamación de la parte superior del abdomen causada por acumulación de gas en el tracto gastrointestinal, resistencia involuntaria a la presión media y escasas

contracciones musculares rítmicas e involuntarias que impulsan el contenido a través del tracto digestivo; además, documentó presión arterial elevada y demás signos vitales normales. Por lo expuesto, AR1 estableció el diagnóstico de probable padecimiento del tracto gastrointestinal e indicó su ingreso a observación, cuidados generales de enfermería, signos vitales, ayuno, suero y tratamiento farmacológico consistente en protector de la mucosa gástrica, analgésico, medicamento para aliviar contracciones musculares dolorosas, para el tratamiento de náuseas y vómito.

54. En el Dictamen emitido por esta CNDH se indicó que AR1 no realizó un interrogatorio y exploración física completa; desestimó los factores de riesgo, tales como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica, para desarrollar reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen el proceso metabólico y problemas en la estructura o función del corazón y los vasos sanguíneos y, no consideró la insuficiencia renal crónica, por lo que no inició un adecuado protocolo de estudio y solo se limitó a solicitar análisis de sangre, pruebas de funcionamiento del hígado, de la enzima producida principalmente por el páncreas y las glándulas salivales que ayuda en la digestión de los carbohidratos, así como de la enzima que ayuda al cuerpo a digerir las grasas.

55. Lo anterior, sin requerir análisis de laboratorio que midieran los niveles de diferentes sustancias químicas en la sangre, como glucosa, colesterol, urea, creatinina, entre otras, de los minerales con carga eléctrica presentes en la sangre y otros fluidos corporales que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo, de las proteínas que se encuentran en el músculo cardíaco y que se liberan a la sangre cuando el corazón sufre daño, de la actividad eléctrica del corazón, la medición de los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre, así como el equilibrio ácido-base (pH), radiografía de tórax, que le permitieran determinar un diagnóstico certero y, por lo tanto, estar en la posibilidad de brindarle tratamiento idóneo y oportuno con acciones o tratamientos destinados a reducir

o contrarrestar los efectos de un nivel elevado de potasio en la sangre y terapia sustitutiva de la función renal, lo cual le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevida.

56. Aproximadamente cuatro horas después de su ingreso al servicio de Urgencias, es decir, a las 09:40 horas, AR2 asentó en su nota médica que V no presentó síntomas y *“ningún criterio para síndrome coronario agudo¹⁷, ni clínico, ni electrocardiográfico”*, estableciendo como plan *“a cargo de [PSP1]. En espera de laboratorios”*.

57. Al respecto, para el personal médico de este Organismo Nacional, AR2, al igual que AR1, tampoco realizó interrogatorio ni exploración física completa a V, aunado a que desestimó sus factores de riesgo (tales como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus) para desarrollar alteraciones metabólicas y cardíacas, ni consideró la insuficiencia renal crónica, por lo tanto, no inició un adecuado protocolo de estudio, ni solicitó monitorización continua como lo ameritaba su delicado estado de salud, limitándose a mencionar que se encontraba en espera de laboratorios y dejando a V a cargo de PSP1, sin brindarle tratamiento oportuno e idóneo con medidas para contrarrestar el exceso de potasio en la sangre y terapia sustitutiva de la función renal, lo cual le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevida.

58. Para el personal médico de esta Comisión Nacional, las omisiones de AR1 y AR2 influyeron para el deterioro clínico de V, al incumplir con los artículos 32 de la LGS, el cual define como atención médica, *“[a] conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*, de igual forma se incumplieron los artículos 8 y 9 del Reglamento de la LGS, los que señalan que las

¹⁷ Es un término que describe una serie de afecciones graves relacionadas con la reducción repentina del flujo sanguíneo al corazón, a menudo causadas por la obstrucción de una arteria coronaria.

actividades de atención médica son preventivas¹⁸, curativas¹⁹, de rehabilitación²⁰ y paliativas²¹, y que dicha atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, de igual forma se contravino el artículo 3 del Reglamento del ISSSTE, que señala en qué consiste la atención médica²², así como el contenido de la GPC-Enfermedad Renal Crónica²³ y la GPC-Ácido-Base²⁴.

59. Cinco minutos después, a las 09:45 horas, V fue valorada por PSP1, personal médico del servicio de Urgencias, quien plasmó en su nota de evolución “Código amarillo”, que se refiere a una urgencia, con tiempo de espera de hasta 30 minutos; también asentó que V acudió a consulta por presentar dolor torácico desde las 05:00 horas de intensificación, el cual fue atendido de primer contacto con medicamentos que reducen la cantidad de ácido que se produce en el estómago, sin que presentara mejoría.

60. A la exploración física, PSP1 la encontró con presión arterial alta, frecuencia cardíaca alta, saturación de oxígeno baja y temperatura normal, además, con dolor en

¹⁸ Incluyen las de promoción general y las de protección específica.

¹⁹ Tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos.

²⁰ Incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

²¹ Incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo multidisciplinario.

²² El conjunto de servicios médicos que se le proporcionan al paciente para proteger, promover y restaurar su salud dicha atención puede apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

²³ “Los factores de riesgo iniciales más importantes para Enfermedad Renal Crónica son: Edad avanzada Sexo masculino• Diabetes... Se debe estimar la tasa de filtrado glomerular en pacientes adultos con factores de riesgo utilizando ecuaciones. Se puede utilizar la fórmula de CockcroftGault, la MORO, y la CKD-EPI. La ecuación de Cockcroft- Gault predice mejor la mortalidad”.

²⁴ “Para detectar oportunamente los trastornos del equilibrio ácido-base, se recomienda sospechar esta posibilidad en las personas que presentan factores de riesgo para desarrollarlos ... Se recomienda tener alto índice de sospecha para detectar oportunamente trastornos del equilibrio ácido base en las personas con factores de riesgo para desarrollarlos... Cuando se sospecha un trastorno del equilibrio ácido base solicitar gasometría arterial; en caso de acidosis pedir además determinación de Na, K, Cl, Ca y Mg séricos”.

epigastrio sin datos de irradiación, *“RSCS rítmicos bajo tono²⁵, CSPS ventilados²⁶ sin datos de estertor bronquial²⁷, abdomen depresible, no doloroso peristáltico²⁸ (ilegible) e inf (sic) reflexivas (portador de fistula)”*. Por lo expuesto, PSP1 emitió los diagnósticos de dolor torácico de origen a determinar, fibrilación auricular que se refiere a un tipo de arritmia en la que el corazón late de manera irregular y, a menudo, muy rápido, insuficiencia renal crónica y síndrome anémico, e indicó que el pronóstico era reservado a evolución.

61. En el Dictamen emitido por esta CNDH se estableció que si bien PSP1 no especificó mediante qué estudios se realizaron los diagnósticos o los datos clínicos, aparte del dolor torácico que hacían su sospecha diagnóstica, adecuadamente inició protocolo de estudio para patología cardíaca y alteraciones metabólicas, pues se solicitó interconsulta por el servicio de Urgencias, estudios de laboratorio, radiografía de tórax, ministración de fármacos protectores de la mucosa gástrica, anticoagulantes y medidas para prevenir la aparición del dolor torácico asociado a la falta de flujo sanguíneo al corazón, motivos por los que se estableció que el manejo proporcionado fue apegado a la norma.

62. A las 13:00 horas de ese mismo día, V fue revalorada por AR2, quien la refirió con los diagnósticos de alteración de ritmo cardíaco letal secundaria a un ritmo cardíaco rápido que se origina en las cavidades inferiores del corazón, lo que quiere decir que tenía una alteración peligrosa del ritmo del corazón causada por latidos demasiado

²⁵ Se refiere a un tipo específico de sonido cardíaco que se escucha durante la auscultación del corazón.

²⁶ En medicina, "CSPS ventilados" se refiere a un sistema de control de ventilación para salas o instalaciones, comúnmente utilizado en entornos como hospitales o laboratorios. "CSPS" hace referencia a un Controlador de Salas, un dispositivo que gestiona y controla varios componentes de la ventilación de una sala, incluyendo temperatura, humedad, presión y flujo de aire. La parte de "ventilados" indica que el sistema está diseñado para manejar la ventilación y el flujo de aire dentro de la sala, asegurando un ambiente controlado y seguro.

²⁷ Son ruidos respiratorios anormales que se escuchan al auscultar los pulmones, generalmente causados por la presencia de líquido o secreciones en las vías respiratorias.

²⁸ La peristalsis es una serie de contracciones musculares en forma ondulatoria que, cual banda transportadora, trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

rápidos que comienzan en las partes inferiores del corazón, sin pulso, enfermedad renal crónica a clasificar, diabetes e hipertensión; asimismo, mencionó en su nota médica el reporte de minerales con carga eléctrica que se encuentran en el suero sanguíneo, con potasio elevado y que se pasó a V a sala de consulta por presentar una respuesta o sensibilidad anormalmente baja a los estímulos sensoriales o a otros estímulos del entorno, cursando con interrupción súbita de la función del corazón y la respiración, razón por la cual se le proporcionaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada con retorno a la circulación.

63. Para el personal médico de esta Comisión Nacional, lo anterior evidenció que, hasta ese momento, AR2 realizó interrogatorio indirecto a través de familiar, con el cual se percató que V era portador de diabetes e hipertensión, además de enfermedad renal crónica en protocolo para inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal con conexión quirúrgica entre una arteria y una vena en el brazo para permitir un flujo sanguíneo más alto, ello, a fin de facilitar la punción para sesiones de hemodiálisis, por lo que reajustó manejo médico.

64. También, solicitó cuidados generales de enfermería, signos vitales cada hora, así como que V permaneciera recostado boca arriba, con la cabecera de la cama elevada ciertos grados, camilla con barandales arriba, vigilancia de estado neurológico y patrón respiratorio, medición de la glucosa por turno, monitorización cardíaca continua y oximetría de pulso, así como recabar resultados de laboratorio e interconsulta al servicio de Medicina Interna.

65. A las 14:13 horas de ese mismo 19 de febrero de 2024, PSP2 del servicio de Urgencias, reportó que V nuevamente curso con una alteración peligrosa del ritmo del corazón causada por latidos demasiado rápidos que comienzan en las partes inferiores del corazón, por lo que requirió manejo mediante un procedimiento médico en el que se

introduce un tubo a través de la boca y la garganta hasta la tráquea para mantener abierta la vía y apoyo mecánico ventilatorio; no obstante, presentó interrupción súbita de la función del corazón y la respiración, pero, aunque se le proporcionó una serie de maniobras para ayudar a mantener la circulación de la sangre y el suministro de oxígeno a los órganos vitales no hubo una respuesta favorable, ello, sin que se estableciera en el contenido del Dictamen en Materia de Medicina una inadecuada atención médica por parte de PSP2.

66. Motivos por los que se determinó la defunción de V a las 14:01 horas, por una condición médica que produce niveles altos de potasio en la sangre, insuficiencia renal crónica terminal, diabetes e hipertensión arterial, complicaciones que, de acuerdo con el Dictamen en Materia de Medicina, de haber sido identificadas de forma oportuna, se le habría brindado tratamiento idóneo y un mejor pronóstico de sobrevivencia.

67. En atención a lo descrito, es posible advertir que AR1 y AR2, al no brindarle a V la atención médica oportuna y adecuada, permitieron que favoreciera el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento; toda vez que el seguimiento clínico que otorgaron no cumplió con los elementos de:

67.1. Disponibilidad: La Clínica-Hospital omitió efectuar a V, un adecuado protocolo de estudio, lo que indica una falta de disponibilidad en los servicios diagnósticos completos, ello, para estar en posibilidad de brindar el tratamiento idóneo y oportuno respecto a las medidas antihiperkalemia y terapia sustitutiva de la función renal.

67.2. Accesibilidad: V falleció como consecuencia de hiperkalemia, insuficiencia renal crónica terminal, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, complicaciones que, de haber sido identificadas de forma oportuna, le habrían

brindado un tratamiento idóneo y, en consecuencia, un mejor pronóstico de sobre vida, elementos que limitaron el acceso efectivo a la atención médica adecuada.

67.3. Aceptabilidad: La ausencia de seguimiento adecuado a los síntomas y comorbilidades de V, quien era persona mayor son acciones y omisiones que atentaron contra de la seguridad y dignidad de V.

67.4. Calidad: La atención fue deficiente, ya que no se solicitó la química sanguínea. electrolitos séricos, enzimas cardíacas, electrocardiograma, gasometría arterial, radiografía de tórax y monitorización continua, acciones que constituyen un incumplimiento de los estándares de calidad de la atención médica.

68. En síntesis, las omisiones de AR1 y AR2, aunadas a la falta de activación de un protocolo diagnóstico completo por parte de la Clínica-Hospital, impidieron que V recibiera una atención médica disponible, accesible, aceptable y de calidad, pues no se garantizaron los estudios indispensables para identificar oportunamente la hiperkalemia y el deterioro multiorgánico que presentaba; tampoco se consideraron sus comorbilidades ni su condición de persona mayor, ni se aplicaron los estándares científicos previstos en las guías clínicas aplicables. Estas deficiencias limitaron el acceso real y efectivo a un tratamiento idóneo y oportuno, contribuyendo directamente al agravamiento de su estado de salud y posterior fallecimiento.

69. Adicionalmente, la atención médica otorgada a V no cumplió con una perspectiva de persona mayor en los servicios de salud, al no brindarla de forma prioritaria y sin considerar su pertenencia a un grupo de atención prioritaria, su edad y demás comorbilidades que presentaba al momento que acontecieron los hechos; omitiendo tratamientos y valoraciones que afectaron negativamente su estado de salud y su recuperación; además de no brindar información completa y comprensible sobre su

condición y opciones clínicas, lo que evidencia la omisión a los principios rectores que señala la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como son acceso a una atención de calidad y preferente, trato digno, respeto a su autonomía y dignidad y acceso a servicios integrales, adaptados a sus necesidades específicas.

70. Lo anteriormente expuesto, incumplió con lo establecido en la normatividad específica sobre los derechos de las personas mayores que se abordó en el Apartado A del presente documento recomendatorio, además de la LGS,²⁹ el RLGS,³⁰ la GPC-Ácido-Base y GPC-Enfermedad Renal Crónica, normatividad que en términos generales establece que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad y calidez, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero, que a su vez, proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico; lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la protección de la salud de V.

²⁹ “**Artículo 6.** El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. **Artículo 32.** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud. **Artículo 33.** Las actividades de atención médica son: Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica. **Artículo 51.** Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

³⁰ “**Artículo 8.** Las actividades de atención médica son: PREVENTIVA: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica. **Artículo 9.** La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.”

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA DE LA PERSONA MAYOR

71. El derecho humano a la vida es aquel que tiene por objeto el respeto al ciclo vital de todo ser humano, implica una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones y una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra, el goce de dicho derecho es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.

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

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

74. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,³¹ 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

³¹CNDH. Recomendación: 243/2022, párr. 94.

profesional, de los cuales destacan los siguientes: la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los médicos para preservar la vida de sus pacientes.

75. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1 y AR2, personas servidoras públicas adscritas a la Clínica-Hospital, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente:

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

76. En el Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional se concluyó que la atención médica proporcionada a V por AR1 y AR2 fue inadecuada al desestimar los factores de riesgo (hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) para desarrollar alteraciones metabólicas y cardíacas; además, no consideraron la insuficiencia renal crónica y, por lo tanto, no iniciaron un adecuado protocolo de estudio, aunado a que AR1 no solicitó diversos estudios de laboratorio e imagen que permitieran establecer un diagnóstico certero y AR2 no solicitó monitorización continua como lo ameritaba su delicado estado de salud, lo que ocasionó que no se le brindara un tratamiento idóneo y oportuno con acciones o tratamientos destinados a reducir o contrarrestar los efectos de un nivel elevado de potasio en la sangre y terapia sustitutiva de la función renal, lo cual contribuyó en su deterioro clínico y no le brindó un mejor pronóstico de sobrevivencia.

77. De esta forma, AR1 y AR2 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener

prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del arábigo 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

78. Circunstancia que ocurrió en el presente caso, toda vez que debió persistir un adecuado manejo médico en el que se atendieran los factores de riesgo y se actuara en consecuencia, partiendo del hecho de que, una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, ello, con el objeto de cumplir con la función principal contemplada en la normatividad nacional e internacional de preservar en todo momento la vida. De este modo, se habría evitado que la atención inadecuada e incompleta otorgada, al no materializarse en tiempo y forma, condicionara el deterioro de su salud y propiciara la pérdida de su vida.

79. Aspectos que dejan de manifiesto que si bien V presentó múltiples padecimientos crónicos y un estado de salud delicado que aumentaba el riesgo de mortalidad, existía la obligación de garantizar el pleno ejercicio de su derecho humano a la salud a través de una atención médica integral, oportuna y de calidad; además, las omisiones en la valoración de sus factores de riesgo y en la monitorización continua es una evidencia más de vulneración a su derecho humano, en función de omitir la implementación de medidas necesarias y pertinentes para procurar en todo momento su estabilidad y preservar su vida conforme a los principios de debida diligencia y atención médica adecuada.

80. 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 Constitución Política; 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 positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.³²

D. AFECTACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD DE QVI

81. La Ley General de Víctimas señala que a las personas a las que se les reconoce como víctimas indirectas, tendrán esa calidad desde las afectaciones derivadas de los hechos violatorios a derechos humanos. Por ello, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que en el caso de que acrediten este tipo de afectaciones es necesario otorgar medidas de rehabilitación para las víctimas indirectas, como en el presente caso, particularmente para QVI, tal y como es referido en la doctrina judicial de la CrIDH, el sufrimiento referido se entiende como un “producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos”, por tanto basta con acreditar las violaciones a los derechos humanos de las víctimas directas, para reconocer su condición de víctimas indirectas.

82. Con relación a QVI, la CrIDH ha considerado que se puede declarar vulnerado el derecho a la integridad psíquica y moral de “familiares directos” u otras personas con vínculos estrechos con las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que aquellos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las

³² CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

autoridades estatales frente a estos hechos, tomando en cuenta, entre otros elementos, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar³³.

83. Este Organismo Nacional advierte que QVI enfrentó un proceso particularmente doloroso y desgastante derivado de las circunstancias en que ocurrió la atención médica de V, dichas condiciones generan un impacto emocional adicional, pues obligan a las personas cercanas a realizar gestiones constantes, enfrentar incertidumbre respecto a la situación de su familiar y experimentar sentimientos de angustia, impotencia y desesperación. Conforme a los estándares de la CrIDH, esta situación configura una afectación autónoma al derecho a la integridad psíquica y moral de QVI, al haberse visto sometida a un padecimiento propio, distinto y adicional al de la víctima directa, atribuible a la respuesta inadecuada de las autoridades, razón por la cual se le reconoce la calidad de víctima indirecta a QVI.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

84. Por lo expuesto, este Organismo Nacional acreditó la responsabilidad de AR1 y AR2, personal médico adscritos al servicio de Urgencias de la Clínica-Hospital, como a continuación se detalla:

84.1. AR1 omitió realizar interrogatorio y exploración física completa, desestimó los factores de riesgo (hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus), para desarrollar alteraciones metabólicas cardíacas, no consideró la insuficiencia renal

³³ CrIDH, Caso Leguizamón Zaván y Otros Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 15 de noviembre de 2022, Parr. 87.

crónica y, por lo tanto, no inició un adecuado protocolo de estudio, no solicitó química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas cardíacas, electrocardiograma, gasometría arterial, radiografía de tórax, a fin de orientar a un diagnóstico certero, para estar en posibilidad de brindarle a V un tratamiento idóneo y oportuno con medidas antihiperkalemia y terapia sustitutiva de la función renal, lo cual le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia.

84.2. AR2 omitió realizar interrogatorio y exploración física completa, desestimó los factores de riesgo (hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus) para desarrollar alteraciones metabólicas y cardíacas, no consideró la insuficiencia renal crónica y, por lo tanto, no inició un adecuado protocolo de estudio, no solicitó monitorización continua como lo ameritaba el delicado estado de salud de V, limitándose a mencionar que se encontró en espera de laboratorios.

85. Por lo expuesto, este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2 constituyeron evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

86. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual

de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que no ocurrió en la atención médica de V.

87. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, en ejercicio de sus atribuciones, esta CNDH dará vista al OIC-ISSSTE para que se determine la responsabilidad que en su caso corresponda a AR1 y AR2, personal de salud adscrito a la Clínica-Hospital por la inadecuada atención médica brindada a V, así como las omisiones a la GPC-Ácido-Base, GPC-Enfermedad Renal Crónica, Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como en la LGS, Reglamento de la LGS, Reglamento del ISSSTE.

V.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

88. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Federal:

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

89. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los

compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el Sistema Universal de las Naciones Unidas.

90. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que 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.

91. En el presente pronunciamiento y como se desarrolló en el apartado correspondiente, la atención médica proporcionada a V en la Clínica-Hospital del ISSSTE carece de cumplimiento en las obligaciones contenidas en la GPC-Ácido-Base y GPC-Enfermedad Renal Crónica, misma que son un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia, teniendo en cuenta la calidad de las evidencias y el riesgo-beneficio de las alternativas disponibles para tratar y/o diagnosticar a los pacientes;³⁴ asimismo, sirven de ayuda para la toma de decisiones del personal médico ante la atención clínica y quirúrgica de las personas derechohabientes.

92. Además, la Secretaría de Salud señala que las Guías de Práctica Clínica son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en

³⁴ https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2021/CADIME_BTA_2021_36_04.pdf.

recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.³⁵

93. En este sentido, la omisión de aplicar las recomendaciones contenidas en las Guías de Práctica Clínica constituye una responsabilidad institucional para las dependencias dedicadas a la protección de la salud, debido a que afecta la estandarización de procesos, limita la calidad de los servicios y generar riesgos para la población usuaria, además de evidenciar deficiencias en la gestión institucional. Asimismo, las dependencias tienen la obligación de establecer mecanismos de supervisión y monitoreo que aseguren la correcta aplicación de estas guías, garantizando con ello el cumplimiento de los objetivos de calidad, eficiencia y seguridad en la atención de la salud pública.

94. También, existe responsabilidad institucional del ISSSTE por el incumplimiento en las obligaciones contenidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como en la LGS, Reglamento de la LGS, Reglamento del ISSSTE, lo que constituye una responsabilidad institucional al no vigilar y supervisar que el personal médico cumpla a cabalidad con el marco normativo, además, no se justificó de manera exhaustiva la labor médica emprendida bajo la óptica del trato hacia una persona mayor con diversas comorbilidades y, por tanto, se debían emplear diversos protocolos específicos para atender la temática planteada, lo que en el caso no aconteció.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

95. 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

³⁵ <https://www.gob.mx/difnacional/documentos/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-65598>.

jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Federal; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo que, deberá el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

96. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, persona mayor y a la integridad de QVI, el ISSSTE deberá cumplir con el plan integral de reparación conforme a la Ley General de Víctimas.

97. Al respecto, es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, de las Naciones Unidas, y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de

investigar los hechos; así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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

i. Medidas de Rehabilitación

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

100. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, el ISSSTE en coordinación con la CEAV deberán brindar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica que requiera, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación debido al fallecimiento de V, esta atención deberá brindarse haciendo uso de los servicios locales o federales que ofrece el Estado Mexicano, mismos que deberán proporcionárseles con proximidad a su domicilio, considerando las necesidades específicas a su edad y género, situación que se desprenderá de la intervención que realice la CEAV con QVI; así también, en caso de no requerirla, se deberá de 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 un derecho de ésta, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

101. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende:

(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.³⁶.

102. Para tal efecto, al acreditarse la existencia de violaciones a derechos humanos, el ISSSTE deberá colaborar ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita la resolución correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente documento, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

103. Respecto al presente punto recomendatorio, se establece que de conformidad con los artículos 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

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

Propuesta de Conciliación, no acudan ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas 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 humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

104. 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 1o., párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

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

106. En el presente caso, el ISSSTE deberá, cuando la autoridad investigadora así lo solicite, colaborar en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional

presente ante el OIC-ISSSTE en contra de AR1 y AR2 personal adscrito a la Clínica-Hospital, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso, se determine lo conducente de conformidad con 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, el compromiso expreso de colaborar cuando así lo determine la autoridad administrativa.

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

iv. Medidas de no repetición

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

109. Al respecto, el ISSSTE deberá implementar en la Clínica-Hospital un ciclo de formación especializado en materia de derechos humanos, con la finalidad de que las

personas servidoras adscritas a dicho nosocomio, con inclusión de AR1 y AR2, en caso de continuar activos laboralmente en ese Instituto, así como las de nuevo ingreso, cuenten con los conocimientos y herramientas suficientes para que en el ejercicio de sus funciones y desarrollo de sus actividades cumplan con las obligaciones del Estado Mexicano frente a los derechos humanos (promover, respetar, proteger y garantizar); y así garantizar que la atención médica que se otorgue a todas las personas derechohabientes, principalmente aquellas que pertenecen a un Grupo de Atención Prioritaria, cumpla con los principios de dignidad, no discriminación y trato preferencial, contribuyendo a la no repetición de actos violatorios de derechos humanos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

110. Para lo anterior, se sugiere que dicho proceso de formación abarque entre otros temas: las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos; normatividad nacional e internacional aplicable al caso concreto; los criterios de disponibilidad y calidad en materia de salud; la importancia de brindar atención y servicio bajo la perspectiva de trato digno; así como el análisis de casos concretos, por ejemplo, los pronunciamientos de esta Comisión Nacional, por lo cual el ISSSTE, dentro del periodo de seis meses una vez aceptada la presente Recomendación, deberá remitir a esta Comisión Nacional el Programa del referido proceso; asimismo, un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del Ciclo de Formación.

111. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a todo el personal adscrito al servicio de Urgencias de la Clínica-Hospital, en la que se reitere la importancia de cumplir cabalmente con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas mayores, a fin de otorgar atención médica prioritaria como parte de su derecho a la salud y a recibir un trato digno sin discriminación por edad; asimismo, en dicha circular de manera informativa se indicarán las

responsabilidades en las que podrán incurrir las personas servidoras públicas al no cumplir con dichas obligaciones tanto de manera interna como externa. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias del cumplimiento del punto recomendatorio quinto, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

112. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá difundir, a través de Código QR, circular o medios electrónicos, a todo el personal adscrito a la Clínica-Hospital, los cursos y diplomados en materia de derechos humanos que oferta esta Comisión Nacional, a través de la plataforma “*EDUCA CNDH*”, ello como una medida de no repetición que tiene como finalidad que las personas servidoras públicas conozcan mecanismos que prevengan violaciones a derechos humanos y sensibilizarlos respecto a la dignidad de las personas al brindar el servicio de atención médica pública. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias que acrediten la difusión en relación con el punto recomendatorio sexto.

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

114. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, apreciable titular, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. El ISSSTE deberá colaborar ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita la resolución correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente documento, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. El ISSSTE en coordinación con la CEAV deberán brindar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica que requiera, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, debido al fallecimiento de V, esta atención deberá brindarse haciendo uso de los servicios locales o federales que ofrece el Estado, mismos que deberán proporcionárseles con proximidad a su domicilio, considerando las necesidades específicas a su edad y género, situación que se desprenderá de la intervención que realice la CEAV con QVI; así también, en caso de no requerirla, se deberá de 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 un derecho de ésta, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. El ISSSTE deberá, cuando la autoridad investigadora así lo solicite, colaborar en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el

OIC-ISSSTE en contra de AR1 y AR2 personal adscrito a la Clínica-Hospital, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso, se determine lo conducente de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, el compromiso expreso de colaborar cuando así lo determine la autoridad administrativa.

CUARTA. El ISSSTE deberá implementar en la Clínica-Hospital un ciclo de formación especializado en materia de derechos humanos, con la finalidad de que las personas servidoras adscritas a dicho nosocomio, con inclusión de AR1 y AR2, en caso de continuar activos laboralmente en ese Instituto, así como las de nuevo ingreso, cuenten con los conocimientos y herramientas suficientes para que en el ejercicio de sus funciones y desarrollo de sus actividades cumplan con las obligaciones del Estado mexicano frente a los derechos humanos (promover, respetar, proteger y garantizar); y así garantizar que la atención médica que se otorgue a todas las personas derechohabientes, principalmente aquellas que pertenecen a un Grupo de Atención Prioritaria, cumpla con los principios de dignidad, no discriminación y trato preferencial, contribuyendo a la no repetición de actos violatorios de derechos humanos, para lo cual dentro, del periodo de seis meses una vez aceptada la presente Recomendación, deberá remitir a esta Comisión Nacional el Programa del referido proceso; asimismo, un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del Ciclo de Formación.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a todo el personal adscrito al servicio de Urgencias de la Clínica-Hospital, en la que se reitere la importancia de cumplir cabalmente con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas mayores, a fin de otorgar atención médica prioritaria

como parte de su derecho a la salud y a recibir un trato digno sin discriminación por edad; asimismo, en dicha circular de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que podrán incurrir las personas servidoras públicas al no cumplir con dichas obligaciones tanto de manera interna como externa. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias del cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá difundir, a través de Código QR, circular o medios electrónicos, a todo el personal adscrito a la Clínica-Hospital, los cursos y diplomados en materia de derechos humanos que oferta esta Comisión Nacional, a través de la plataforma “*EDUCA CNDH*”, ello como una medida de no repetición que tiene como finalidad que las personas servidoras públicas prevengan violaciones a derechos humanos y sensibilizarlos respecto a la dignidad de las personas. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias que acrediten la difusión.

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

115. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Federal, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a

sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM