



RECOMENDACIÓN No. 7/2026

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V PERSONA MAYOR; ASÍ COMO, AL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2026.

**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°, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/PRESI/2024/18008/Q**, sobre la atención médica brindada a V persona mayor en el HGZ-11.

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

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

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

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

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

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/CNDH
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas	CEDH
Hospital General de Zona No. 11 del IMSS en Nuevo Laredo, Tamaulipas	HGZ-11
Hospital General Regional No. 6 del IMSS en Reynosa, Tamaulipas	HGR-6
Hospital General Regional No. 270 del IMSS en Reynosa, Tamaulipas	HGR-270
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del IMSS en Monterrey, Nuevo León	UMA-E-25
Clínica Particular Centro de Imagen Diagnóstica	CP-CID
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Organización Mundial de la Salud	OMS

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención Americana Sobre Derechos Humanos	CADH
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	LDPAM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de urgencias.	NOM-Unidades de Urgencia.
Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Atención Médica.	NOM-de Atención Médica

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA1-2002, Atención Neurológica y Neuroquirúrgica.	NOM-de Atención Neurológica y Neuroquirúrgica
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA1-2010, Diabetes Mellitus en caso de Comorbilidad.	NOM-Diabetes Mellitus en caso de Comorbilidad
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el Primer Nivel de Atención IMSS-076-08	Guía de Práctica Clínica IMSS-076-08
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en segundo y tercer nivel de atención, S-102-08	Guía de Práctica Clínica S-102-08
Lineamientos de Triage Hospitalario en México (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud)	Lineamientos de Triage Hospitalario

PROCEDIMIENTO O INVESTIGACIÓN	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Queja Médica iniciada ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	QM
Expediente Administrativo en el Órgano Interno de Control del IMSS	Expediente Administrativo

I. HECHOS

5. El 6 de diciembre de 2024, QVI presentó una queja ante la CEDH, la cual fue remitida a este Organismo Nacional en esa fecha por razón de competencia, en la cual manifestó que, el 2 de diciembre de 2024, V persona mayor con padecimientos crónico degenerativos, acudió al Servicio de Urgencias del HGZ-11, por presentar presión arterial alta y derrame cerebral, en el cual permaneció internado por seis días, con el requerimiento de ser trasladado a un hospital de Tercer Nivel, para un procedimiento quirúrgico por el Servicio de Neurocirugía, traslado que no se le

proporcionó, deteriorándose su salud hasta su fallecimiento ocurrido el 8 de ese mes y año, por lo anterior QVI, solicitó la intervención de esta CNDH para la investigación de los hechos porque a su parecer a V no se brindó la atención médica especializada que requería.

6. De la investigación realizada por esta CNDH se observó que V, en su calidad de persona mayor, ingresó al HGZ-11 el 3 de diciembre de 2024 a las 01:09 horas, presentó cifras tensionales altas, recibió en el área de Urgencias Triage¹ con clasificación en color amarillo, fue valorado hasta las 02:15 horas del día en cita; al interrogatorio de atención médica V refirió dolor de cabeza dos horas antes de su llegada al hospital, náuseas, mareo y transpiración excesiva; el personal médico tratante determinó su ingreso al área de Choque, con diagnóstico de hipertensión esencial, emergencia hipertensiva con daño órgano cerebro y diabetes mellitus tipo dos.

7. Ante tal diagnóstico, V requería de atención médica de emergencia por la especialidad de Neurocirugía; no obstante, dicho Servicio no se contaba en el HGZ-11, omitiéndose por el personal médico y/o administrativo de las acciones pertinentes para la canalización y/o traslado de V, de forma inmediata a otra unidad del IMSS que contará con dicha especialidad, o bien, se le brindará atención mediante Servicio subrogado; V permaneció internado en el HGZ-11, sin que se realizará el traslado en cita, deteriorándose su salud hasta su fallecimiento ocurrido el 8 de diciembre de 2024; observándose que, la atención médica brindada a V como parte de un grupo vulnerable fue inadecuada y omisa, lo que condujo a su fallecimiento como se describirá en el desarrollo del presente documento Recomendatorio.

¹ Sistema de clasificación de pacientes en urgencias basado en la gravedad, priorizando la atención médica según la necesidad clínica y no el orden de llegada.

8. En virtud de las manifestaciones de QVI, este Organismo Nacional inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2024/18008/Q**, a fin de investigar las violaciones a derechos humanos en agravio de V en su calidad de persona mayor con motivo de la atención médica brindada por personal médico del HGZ-11 en el período de su hospitalización del 3 al 8 de diciembre de 2024, para lo cual se solicitó diversa información al personal del IMSS, la cual proporcionó a esta Comisión Nacional, así como copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Petición del 6 de diciembre de 2024, presentado por QVI ante la CEDH, remitido a este Organismo Nacional, por razón de competencia en donde narró los hechos motivo de su inconformidad, sobre la atención médica que recibió V por parte de las personas servidoras públicas del IMSS adscritas al HGZ-11, al que adjuntó lo siguiente:

9.1 Resultado de estudio especializado de Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo efectuado a V en la CP-CID el 3 de diciembre de 2024.

10. Acta circunstanciada de 9 de diciembre de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI, quien informó que V había fallecido el 8 de ese mes y año en el HGZ-11.

11. Correo electrónico de 17 de enero de 2025, del personal adscrito a la Dirección Jurídica de la Unidad de Derechos Humanos del IMSS, por el cual adjuntó el informe del Director del HGZ-11 y la copia del expediente clínico sobre la atención médica brindada a V en su calidad de persona mayor en el HGZ-11, del que entre otros se destacan los documentos siguientes:

11.1 Triage y nota médica inicial de urgencias de 3 de diciembre de 2024, a las 01:09 horas, elaborada por AR1.

11.2 Indicaciones médicas de 3 de diciembre de 2024, a las 03:13 horas, elaborada por AR2, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11.

11.3 Indicaciones médicas de 3 de diciembre de 2024, a las 07:14 horas, elaborada por AR3, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11.

11.4 Notas médicas y prescripción de 3 de diciembre de 2024, a las 11:28 horas, elaborada por AR3.

11.5 Indicaciones médicas de 3 de diciembre de 2024, a las 08:46 p.m. horas, elaborado por AR4, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11.

11.6 Nota médica de 4 de diciembre de 2024, a las 11:30 horas, elaborada por AR3.

11.7 Referencia contrarreferencia de 4 de diciembre de 2024, de tipo urgente al Servicio de Neurocirugía del HGR-270, elaborada por AR3.

11.8 Referencia contrarreferencia de 4 de diciembre de 2024, de tipo urgente al Servicio de Neurocirugía de la UMAE-25, elaborada por AR3.

11.9 Nota médica de 5 de diciembre de 2024, a las 04:52 horas, elaborada por AR5, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, del HGZ-11.

11.10 Indicaciones médicas de 5 de diciembre de 2024, a las 02:27 horas, elaborada por PSP1, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11.

11.11 Solicitud de internamiento al Servicio de Medicina Interna realizada a las 06:28 horas del 7 de diciembre de 2024, por AR6 adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11.

11.12 Nota médica de 7 de diciembre de 2024, a las 07:55 horas, elaborada por AR6.

11.13 Referencia contrarreferencia de 7 de diciembre de 2024, de tipo urgente al Servicio de Neurocirugía del HGR-6, elaborada por AR6.

11.14 Referencia contrarreferencia de 7 de diciembre de 2024, de tipo urgente al servicio de Neurocirugía de la UMAE-25, elaborada por AR6.

11.15 Nota de egreso de 7 de diciembre de 2024, a las 18:28, suscrita por AR6, tipo de egreso hospital (ingreso a piso) a la especialidad de Medicina Interna.

11.16 Notas médicas y prescripción de 8 de diciembre de 2024, a las 08:35 horas, elaborada por PSP2 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, del HGZ-11.

11.17 Nota de egreso de 8 de diciembre de 2024, a las 17:29, suscrita por PSP2 y PSP3, médicos adscritos al Servicio de Medicina Interna del HGZ-11, tipo de egreso defunción.

12. Correo electrónico del 18 de julio de 2025, a través del cual personal del IMSS informó que, en términos del instructivo para el trámite y resolución de quejas administrativas ante el IMSS, el presente caso fue sometido a la consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, a través de la QM la cual se encuentra en trámite.

13. Oficio CONAMED-SJ-DAJ-726-2025, de 12 de septiembre de 2025, a través del cual personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos de la CONAMED, informó que no existen antecedentes sobre alguna queja interpuesta por los hechos motivo de la presente Recomendación.

14. Dictamen en Materia de Medicina de 7 de octubre de 2025, a través del cual personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Dirección de Especialidades Médicas de esta CNDH, en donde se determinó que, la atención médica y el tratamiento clínico brindado a V en el HGZ-11 fue inadecuado.

15. Acta circunstanciada de 31 de octubre de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI, quien informó que VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, todos hijos de V y

QVI, se encuentran afectados emocionalmente tras el fallecimiento de V y no han recibido ningún tipo de apoyo psicológico o tanatológico.

16. Correo electrónico de 31 de octubre de 2025, a través del cual el IMSS adjuntó la siguiente documentación.

16.1 Oficio número 2001 70 1C 2153/2025/1095 de 29 de octubre de 2025, suscrito por el Director de la UMAE-25.

16.2 Oficio número 290502200200/553/2025, de 28 de octubre de 2025, suscrito por el Director del HGR-270.

17. Acta circunstanciada de 3 de noviembre de 2025, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, ocasión en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI, quien informó que no interpuso denuncia penal ante la autoridad ministerial por los hechos materia de esta Recomendación.

18. Correo electrónico de 20 de noviembre de 2025, a través del cual personal del IMSS informó que la QM continúa en trámite.

19. Correo electrónico de 25 de noviembre de 2025, al que se adjuntó la siguiente documentación.

19.1 Oficio DM/849/2025, Suscrito por el Director General del HGZ-11, en el que señaló los datos de AR1.

19.2 Informe rendido por AR1, en el cual describe la atención médica que brindó a V el 3 de diciembre de 2024, a las 01:09 horas.

20. Correo electrónico de 3 de febrero de 2026, del personal del Órgano Interno de Control, a través del cual adjuntó el oficio número SABG/OICGYR/AIDI03/0554/2026 de esa misma fecha, suscrito por el Jefe de Grupo del Órgano Interno de Control en el IMSS Oficina Regional número 3, por medio del cual informó que el Expediente Administrativo se encontraba en etapa de investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. Esta Comisión Nacional contó con la evidencia de que el caso de V se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, a través de la QM la cual se encuentra en trámite.

22. Se cuenta con evidencia del inicio de una investigación en el Expediente Administrativo en el Órgano Interno del Control del IMSS de la posible responsabilidad administrativa del personal médico, el cual se encuentra en integración.

23. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se contó con evidencia que permita acreditar que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial con motivo de los hechos antes descritos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

24. Del estudio realizado tanto a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/18008/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional, a partir de un enfoque lógico-

jurídico de máxima protección de las víctimas y con perspectiva de persona mayor², a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la CrIDH, se contó con evidencias suficientes que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, persona mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, atribuibles al personal médico del HGZ-11, en razón a las siguientes consideraciones:

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

25. A nivel mundial, se experimenta un aumento progresivo de personas mayores, que se conoce como envejecimiento demográfico, el cual es ocasionado por una disminución de la mortalidad y fecundidad. Si bien las personas viven actualmente más años, ello no implica necesariamente que lo hagan en condiciones óptimas, pues diversos factores perjudican su proceso de envejecimiento, afectando su salud y calidad de vida. Tradicionalmente, la atención a la salud se ha centrado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sin considerar las diferentes necesidades y la participación de las personas en el proceso de atención.

² 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.

26. Ante este contexto, la OMS en 2015 estableció a nivel mundial el compromiso para promover un envejecimiento saludable, y en el 2020 se declaró la “Década del envejecimiento saludable 2020-2030”, en la cual se propone garantizar que todas las personas puedan vivir con dignidad e igualdad y en un entorno saludable. En los servicios de atención integrada, para atender las necesidades y preferencias de las personas, así como considerar su participación, de la familia y la comunidad, es importante que se lleve a cabo una atención centrada en la persona, la cual, se define como una atención holística y personalizada que se sustenta en las relaciones de colaboración entre el personal de salud, la persona mayor, la familia y los amigos que la apoyan.³

27. El derecho humano a la salud de las personas mayores se encuentra en esa iniciativa global promovida por la OMS, la cual busca la colaboración de diversos sectores para mejorar la vida de las personas mayores y se enfoca en cuatro áreas: combatir el edadismo, es decir cambiar la forma de pensar y actuar sobre la edad y el envejecimiento, crear comunidades que fomenten las capacidades de las personas mayores, asegurar una atención centrada en la persona y servicios de salud que respondan a sus necesidades y garantizar el acceso a cuidados a largo plazo para quienes lo necesitan.⁴

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

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que

³ INAPAM, “Atención Integrada y Centrada en la Persona para el nuevo envejecimiento”, *Blog*, Ciudad de México, 2022, disponible en: <https://goo.su/LVgGyB9>

⁴ OMS, *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*, Ginebra, OMS, 2020, disponible en: <https://goo.su/MWOJsU>

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(.).

29. 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(.).

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

Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores: I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica [...] II. Especial atención que deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable, en igualdad de condiciones para el ejercicio del derecho a la protección de la salud de las mujeres y los hombres; III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas(.).

31. 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.

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

33. Lo anterior partiendo de la necesidad de una Atención Integrada, como lo ha señalado el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, refiriéndose a ésta como los servicios gestionados y brindados a personas, para recibir servicios asistenciales sin interrupción de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención al final de la vida en los diferentes niveles y centros del sector de la salud, considerando las necesidades a lo largo del curso de vida, con la finalidad de garantizar un envejecimiento saludable, más allá de una atención centrada en un diagnóstico y tratamiento de enfermedades, es recomendable que los servicios de atención a la salud brinden una atención integrada centrada en la persona, que responda a las necesidades particulares de las personas mayores conforme a los principios necesarios para llevar a cabo su planeación e intervención.⁵

B. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR LA VULNERABILIDAD DE PERSONAS MAYORES

34. El derecho humano a un trato digno es aquel que tiene todo ser humano a ser tratado en condiciones de igualdad, tanto jurídica, como social, económica,

⁵ INAPAM, *op. cit.*

cultural y de cualquier otra naturaleza, con pleno respeto a su dignidad humana, se encuentra reconocido en la CPEUM en el artículo 1, párrafo quinto y en diversos instrumentos internacionales en la materia, la CADH en su artículo 11.1 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 1, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

35. 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.”⁶ 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.

36. 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.”⁷ Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 de “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que las personas mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección

⁶ ONU, *Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos*, Nueva York, ONU, 2003, p. 8.

⁷ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

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.

37. 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 (...)”.

38. 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.

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

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

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

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

...para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento...⁸

43. De igual forma, en la Recomendación 8/2020⁹ 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.

44. Por eso, las personas mayores constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, pues por su avanzada edad en ocasiones son colocados en situación de desatención, siendo este el principal obstáculo que las personas mayores deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.¹⁰

⁸ CNDH, *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México*, Ciudad de México, CNDH, 2019, párrafo 418, disponible en: <https://goo.su/vMz2id>

⁹ CNDH, *Recomendación 8/2020*, párrafo 93.

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

45. Adicionalmente, el artículo 10, de la LDPAM, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de las personas mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque *pro persona*¹¹.

B. 1. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO DE V COMO PERSONA MAYOR

46. Se vulneró el derecho humano a un trato digno y a la atención prioritaria en agravio de V, debido a su situación de persona mayor, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata desde que ingresó el 3 de diciembre de 2024 al HGZ-11.

47. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor, con antecedentes médicos de enfermedades crónico degenerativas, al presentar diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica; además, de edema agudo de pulmón y angina, presentando crisis hipertensiva el 3 de diciembre de 2024, quien debió recibir atención prioritaria y especializada en el HGZ-11 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4,

¹¹ El principio *pro-persona* se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. SEGOB, “¿En qué me beneficia el principio *pro persona*?”, *Blog*, Ciudad de México, 2016, disponible en: <https://goo.su/fzeDW6T>

AR5 y AR6, autoridades señaladas como responsables en la presente recomendación, a fin de evitar las complicaciones que presentó, la omisión de brindarle una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo cual contribuyó al deterioro de su estado de salud al grado de que dichas circunstancias inobservadas detonaron en la pérdida de su vida.

48. Así las cosas, durante su estancia hospitalaria en el HGZ-11 de 5 días, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no dieron un seguimiento y manejo adecuado a su estado de salud, toda vez que el 3 de diciembre de 2024, tras presentar datos de crisis hipertensiva, quedó internado en el HGZ-11, desde entonces requería de atención médica especializada por el Servicio de Neurocirugía, servicio con el cual no se contaba en la mencionada institución de salud. La falta de atención y tratamiento adecuado trajo como consecuencia que V presentara complicaciones graves, situación que contribuyó en su deterioro y posterior fallecimiento acontecido el 8 de diciembre de 2024.

49. 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 con 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.

50. Anteriormente, esta Comisión se pronunció que, las personas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad¹², considerando que en México son particularmente susceptibles a enfrentar situaciones que anulan o

¹² CNDH, "Informe... *cít*, párrafo 371.

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.¹³

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

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

52. En el mismo sentido, en la Observación general N.º 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, en su apartado de “Disposiciones específicas del Pacto”, se señala la interpretación y alcance del derecho a la salud física y mental, contenido en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señalándose que el garantizar el derecho a la salud de las personas mayores “comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales”.

¹³ ONU, *op. cit.*, párrafo 8.

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

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

55. El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁴

56. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, coinciden en

¹⁴ Artículo 1o. Bis. Ley General de Salud.

reconocer a la salud como un derecho humano fundamental, indispensable para garantizar una vida digna y el ejercicio de los demás derechos. De manera concordante, los tres establecen que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, así como al acceso a los servicios médicos y sociales necesarios, lo que impone a los Estados la obligación de adoptar medidas que aseguren su protección y pleno goce sin discriminación.

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

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

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

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

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

60. 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.

61. 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.

62. 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.

63. 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 tendentes 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.

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

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

64.2 Obligaciones de resultado. En donde, el médico en ocasiones se compromete a ofrecer resultados determinados como consecuencia del servicio. Sin embargo, no tendrá que responder si los resultados

no son los esperados, porque pueden presentarse casos, fortuitos o de fuerza mayor, imposibles de prever.

64.3 Obligaciones de seguridad. El médico, tratará de evitar un siniestro o minimizar los riesgos (p. ej. riesgo relativo al funcionamiento y al mantenimiento de la tecnología médica).¹⁶

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

66. Es fundamental que para la efectiva satisfacción de este derecho, los usuarios tienen el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares así como al hecho de recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

67. Inclusive, el propio Reglamento de prestaciones médicas de la institución, es muy puntual al manifestar que el personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información

¹⁶ Fernández Varela, Héctor y Sotelo, Gabriel, “El deber de cuidado del médico en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, Ciudad de México, vol. 62, núm. 3, mayo de 2019, pp. 40-49.

necesaria sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

68. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.¹⁷

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

70. En el caso particular de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del HGZ-11, en el período comprendido del 3 al 8 de diciembre de 2024, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garantes a que les obliga los instrumentos nacionales e internacionales señaladas con antelación, en específico la fracción II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud, a la vida y al trato digno por las siguientes consideraciones:

¹⁷ CNDH, *Recomendación 56/2021*, párrafo 43.

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

C.1.1. ANTECEDENTES MÉDICOS DE V PERSONA MAYOR

71. En atención a las evidencias analizadas, se advirtió que V contaba con antecedentes médicos, entre ellos diabetes mellitus, enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo controla los niveles de azúcar en la sangre; hipertensión arterial sistémica, padecimiento caracterizado por la elevación persistente de la presión arterial; edema agudo de pulmón, condición grave en la que se acumula líquido en los pulmones y dificulta la respiración; y angina de pecho, manifestación de dolor torácico causada por la disminución del flujo sanguíneo al corazón.

72. Asimismo, el 3 de diciembre de 2024 presentó una crisis hipertensiva, entendida como un aumento súbito y severo de la presión arterial, padecimiento que progresó y derivó en secuelas irreversibles y finalmente en el fallecimiento, debido al manejo médico inicial tardío e inapropiado por parte del personal médico del HGZ-11, frente a la emergencia hipertensiva y la hemorragia subaracnoidea, esta última consistente en un sangrado cerebral grave que puso en riesgo inmediato la vida de V.

C.1.2 ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA A V PERSONA MAYOR

73. V, persona mayor, quien el 3 de diciembre de 2024 a las 01:09 horas, acudió al HGZ-11, solicitó atención médica en el Servicio de Urgencias, ingresando al área de Triage del Servicio de Urgencias, lugar en el que le fueron tomados los signos vitales¹⁸, quedó internado en el citado hospital y clasificado con código amarillo, no

¹⁸ Presión arterial de 240/130 mmHg

obstante que presentaba cifras tensionales muy elevadas, siendo valorado por AR2 y AR5, médicos adscritos al el Servicio de Urgencias hasta las 02:15 horas, quienes lo ingresaron al área de Choque¹⁹, continuando con cifras altas de presión arterial, para entonces ya con diagnóstico de hipertensión esencial (primaria), emergencia hipertensiva²⁰ con daño órgano cerebro, además de diabetes mellitus tipo dos. Permaneciendo hospitalizado del 3 al 8 de diciembre de 2024, a espera de atención por el servicio de Neurocirugía.

74. Del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se desprende que la atención médica brindada a V a partir de su ingreso al HGZ-11, en el periodo en comento no fueron adecuadas. En dicho ingreso, AR1 lo clasificó con código amarillo, criterio que implica que no requería atención inmediata; sin embargo, en ese momento V presentaba signos compatibles con crisis hipertensiva, lo que debió motivar una valoración y manejo urgente. La clasificación otorgada no correspondió a la condición clínica que manifestaba, lo que derivó en una demora en la atención necesaria.

75. El 3 de diciembre de 2024, a las 03:13 horas, AR2 prescribió a V tratamiento con antiagregantes y anticoagulantes. No obstante, cuatro horas después, AR3 suspendió dichos fármacos al advertir que V cursaba con una crisis hipertensiva y existía sospecha de accidente cerebrovascular, evento que en ese momento aún no había sido confirmado como hemorrágico o isquémico, ya que no se había realizado el estudio de imagen correspondiente. La instauración de terapia

¹⁹ Unidad especializada dentro de urgencias destinada a la atención inmediata y estabilización de pacientes críticos con riesgo inminente de muerte

²⁰ Una emergencia hipertensiva es un rápido y severo aumento de la presión arterial (generalmente mayor a 180/120 mm Hg) que, a diferencia de una urgencia hipertensiva, provoca signos de daño agudo en órganos vitales como cerebro, corazón riñones o la aorta. Esta condición representa un riesgo vital a corto plazo y requiere atención médica inmediata y tratamiento hospitalario.

antitrombótica sin contar previamente con estudios diagnósticos para determinar el tipo de evento neurológico representó un riesgo elevado y contribuyó al agravamiento del estado clínico de V.

76. Desde su ingreso al HGZ-11, V presentaba síntomas y signos compatibles con una emergencia hipertensiva: tensión arterial elevada acompañada de dolor de cabeza, náusea, mareo y sudoración excesiva. Dicho cuadro sugería afectación neurológica y requería valoración y manejo inmediato para prevenir daño cerebral.

77. Posteriormente, y una vez realizada la tomografía axial computarizada de cráneo en la CP-CID, se confirmó que V presentaba hemorragia subaracnoidea extensa (Fisher IV), es decir, un accidente cerebrovascular de tipo hemorrágico. Este diagnóstico demanda atención médica de urgencia, orientada a controlar la hemorragia, estabilizar la presión intracraneal y prevenir complicaciones neurológicas.

78. Dadas sus condiciones, V requería valoración inmediata por la especialidad de Neurocirugía e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En caso de que el HGZ-11 no contará con disponibilidad o recursos suficientes, correspondía gestionar su referencia a una unidad externa que contara con los Servicios necesarios para su atención. Sin embargo, V permaneció en el área de Observación del Servicio de Urgencias.

79. Después del inadecuado manejo inicial de V en el HGZ-11 desde su ingreso el 3 de diciembre de 2024, y dado que se encontraba en una situación potencialmente mortal con riesgo neurológico y sistémico elevado; éste requería de atención inmediata en un nivel superior es decir en un hospital de Tercer Nivel. Si bien el 4 de diciembre de 2024, AR3 emitió dos referencias-contrarreferencias al

HGR-270 y a la UMAE-25, éstas no se llevaron a cabo, por lo que la atención no se brindó en un entorno especializado con servicio de Neurocirugía, UCI e imagenología avanzada.

80. Para el 5 de diciembre de 2024, V fue valorado por AR5, quien lo encontró con mayor deterioro neurológico y signos vitales inestables, con datos de hipertensión arterial sin control exitoso y baja saturación de oxígeno, comatoso, mal manejo de secreciones de cavidad oral, siendo necesario dar manejo vía aérea.

81. A las 14:27 horas de esa misma fecha, PSP1 indicó intubación orotraqueal, así como su pase a piso de Medicina Interna o a la UCI, además de envío a valoración a Tercer Nivel por Neurocirugía. A las 17:06 horas se comunicó la situación a los familiares, quienes horas antes se habían negado a dar su autorización, sin embargo, posteriormente QVI firmó el consentimiento informado autorizando la intubación de V, la cual se realizó, quedando bajo ventilación mecánica y sedación; actualizándose la indicación de su envío a Tercer Nivel; no obstante, para ese momento, su condición clínica ya era crítica y con menor posibilidad de beneficio ante una referencia tardía.

82. El 6 de diciembre de 2024, durante la valoración efectuada por AR4, se documentaron datos indicativos de daño cerebral grave y uno de los criterios considerados en la valoración de muerte encefálica, encontrándose aún en espera de respuesta del servicio de Neurocirugía para valoración de manejo quirúrgico descompresivo.

83. El 7 de diciembre de 2024, AR6, extendió una solicitud de internamiento de V en el servicio de Medicina Interna, para su manejo y seguimiento, cuando lo indicado era su traslado a la UCI el cual era imperante desde su ingreso hospitalario; para entonces V presentaba signos de complicaciones graves, por lo que se insistió

en su envío al Tercer Nivel al Servicio de Neurocirugía para valoración de manejo quirúrgico descompresivo, en este caso extendió referencias-contrarreferencias a los HGR-6 y UMAE-25, no obstante, debido a las condiciones clínicas de V, ya no era médicamente indicado.

84. El 7 de diciembre a las 18:28 horas, AR6 elaboró nota de egreso de V en la que asentó que éste sería ingresado a piso del Servicio de Medicina Interna; lo cual como ya se ha mencionado, no era lo indicado de acuerdo con las condiciones clínicas con que cursaba, pues lo correcto debió ser su ingreso a la UCI; además de que presentaba signos vitales inestables y estado de salud muy grave, con pronóstico malo para la función y para la vida a corto plazo.

85. El 8 de diciembre de 2024, PSP2 indicó que V sería trasladado a la UCI, no obstante, durante la preparación para el movimiento intrahospitalario y al momento de su ingreso, V presentó paro cardiorrespiratorio. Se realizaron maniobras de reanimación durante 20 minutos sin éxito, declarándose su fallecimiento a las 11:50 horas, con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea, es decir, un sangrado cerebral grave.

86. Cabe destacar que, conforme a lo analizado en el Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, no se apegaron a lo establecido en la bibliografía médica especializada vigente e internacionalmente aceptada, siendo en el caso en específico lo previsto en la Guía de Práctica Clínica IMSS-076-08, Guía de Práctica Clínica S-102-08, la LGS y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, específicamente, al omitir realizar una atención adecuada durante su hospitalización, contribuyendo al deterioro, y posterior fallecimiento de V.

87. Por ende, con sustento en el Dictamen Médico emitido por el área especializada de esta CNDH, es posible determinar que hubo una atención médica inadecuada por parte del personal del IMSS, dada la clasificación errónea por parte de AR1, subestimando la emergencia hipertensiva que presentaba V al momento de su ingreso al HGZ-11, lo cual derivó en el retraso de su atención y evolución de su padecimiento, lo que conjugado con las omisiones y tratamiento incorrecto brindado a V al suministrarle anticoagulantes sin antes tener una confirmación del tipo de accidente cerebrovascular que había sufrido, así como el no brindarle la atención médica especializada por el Servicio de Neurocirugía que desde su ingreso hospitalario requería, ni su traslado inmediato a la UCI, omisiones las cuales implicaron un mal manejo y seguimiento de V por parte de AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que, aunadas a su edad, las condiciones clínicas de salud en las que se encontraba y las comorbilidades con las que cursaba al momento de ser ingresado al HGZ-11, derivaron en su fallecimiento.

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

89. La mala clasificación en el Servicio de Urgencias, en donde se le otorgó código amarillo, la cual conforme a lo establecido en los Lineamientos de Triage Hospitalario en México (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud) necesitaba de atención en un tiempo máximo de 60 minutos, no obstante que presentaba datos de crisis hipertensiva, y lo adecuado debía ser código rojo, es decir que ameritaba atención inmediata no mayor a 3 minutos por riesgo inminente de muerte o daño grave a órgano blanco en este caso al cerebro. De igual forma, el tratamiento inadecuado proporcionado previo a confirmar el tipo de accidente cerebrovascular

con que cursaba; la falta de atención médica especializada por el Servicio de Neurocirugía, y el retraso en su ingreso a la UCI, con lo que se incumplió la obligación del Estado de brindar la atención oportuna y suficiente, lo cual impidió prevenir la progresión de su padecimiento, afectando así su bienestar y acceso a servicios de salud efectivos.

90. La omisión en la prevención de complicaciones y en el diagnóstico oportuno constituye un incumplimiento de la obligación de garantizar calidad en la atención médica, por otro lado, la falta de personal médico especialista en Neurocirugía en el HGZ-11, incumple la obligación de contar con los recursos humanos necesarios para atención segura.

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

Disponibilidad. V no accedió a atención médica especializada pese a sus comorbilidades y padecimiento, puesto como quedo plasmado anteriormente, desde su ingreso al HGZ-11, era necesario la valoración por parte del Servicio de Neurología, servicio al cual nunca accedió de forma institucional o subrogada;

Accesibilidad. No se brindó a V en el servicio de Urgencias Triage, una clasificación adecuada a su ingreso hospitalario lo cual retrasó su atención la evolución de su padecimiento hacia el deterioro con consecuencias irreversibles;

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

Calidad. Por las mismas consideraciones se incumplió con dicho precepto; advirtiéndose, que le fue suministrado tratamiento con antitrombótico, sin antes conocer el tipo de accidente cerebrovascular que había sufrido mediante estudio de imagen, lo que implicó que se agravara su cuadro clínico y se acelerara el deterioro de V.

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

D. DERECHO HUMANO A LA VIDA DE LA PERSONA MAYOR

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

(...) no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados

adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción (.).²¹

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

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

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

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

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

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

99. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021²², reconoce la existencia de diversos acuerdos que han sido creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, al anterior tipo de acuerdo se le denomina *soft law*, ya que a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional, de los cuales destacan los siguientes: la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los médicos para preservar la vida de sus pacientes.

100. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que estuvieron a cargo de su atención en el HGZ-11, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida con base en lo siguiente:

²² CNDH, Recomendación 39/2021.

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

101. La violación del derecho humano a la vida de un adulto mayor tiene una trascendencia profunda y grave, tanto a nivel individual como social. No solo implica la pérdida de una vida, sino que también revela fallas estructurales en la protección de los más vulnerables. El derecho a la vida es inherente a cada ser humano, independientemente de su edad o condición. Transgredir ese derecho en una persona mayor menoscaba su dignidad, reforzando la idea de que algunas vidas son menos valiosas que otras.

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

103. En el caso de V, esta Comisión Nacional, evidenció que las omisiones relativas a no proporcionar la atención médica especializada de forma inmediata que requería, además de no considerar las comorbilidades que condicionaban el estado de salud a V y su condición de persona mayor, implicaron un mal manejo y seguimiento por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, durante su internamiento del 3 al 8 de diciembre de 2024, pues a su ingreso hospitalario ya presentaba datos de crisis hipertensiva, lo cual fue subestimado por personal médico que le brindó atención primaria, lo cual generó que cursara con complicaciones esperadas y previstas, ya que se advirtió que V contaba con diversos antecedentes médicos y no se dio un manejo adecuado, evolucionando hacia el deterioro y sufriendo daño cerebral irreversible, al no brindársele la atención especializada de forma oportuna, omisiones por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6; lo cual llevo a su fallecimiento.

104. En el presente caso, se acreditó la violación al derecho a la vida de V, como consecuencia de una atención médica inadecuada e inoportuna desde su ingreso al HGZ-11 el 3 de diciembre de 2024, en virtud de las siguientes consideraciones:

105. La vulneración del derecho humano a la vida de V derivó de una cadena de omisiones y actuaciones contrarias a la normatividad en materia de atención médica de urgencias, que impidieron la adopción de medidas inmediatas y eficaces para proteger su vida. En particular, se constató que fue inadecuada la valoración inicial en el Área de Urgencias del HGZ-11 el 3 de diciembre de 2024, a las 01:09 horas, lo que ocasionó que se subestimara su sintomatología y que se clasificara la urgencia con color amarillo²³, pese a que V presentaba datos compatibles con una crisis hipertensiva por tener la presión arterial muy elevada (240/130 mmHg), por lo que de conformidad con la NOM-Unidades de Urgencia, se debió clasificar su urgencia con color rojo debido a que se encontraba en riesgo su vida y requería de atención inmediata.

106. A las 02:15 horas del 3 de diciembre de 2024, es decir, 65 minutos después de su ingreso al Área de Urgencias del HGZ-11, personal médico adscrito a ese servicio valoró a V, quien les comentó que hacía 2 horas había comenzado a sudar mucho, con dolor de cabeza, náuseas y mareo, por lo que emitieron el diagnóstico de crisis hipertensiva con datos de daño cerebral, confirmando que se encontraba grave y que requería atención inmediata, razón por la que lo ingresaron al Área de Choque

107. Asimismo, el seguimiento médico posterior fue insuficiente y contrario a los estándares legales y normativos aplicables, lo que contribuyó al deterioro progresivo

²³ De acuerdo con la clasificación de Triage de Urgencias.

de su estado de salud. Se advirtió también la administración de un tratamiento farmacológico inadecuado, sin contar previamente con estudios diagnósticos indispensables para determinar con certeza el tipo de evento cerebrovascular que había sufrido, circunstancia que agravó su condición clínica.

108. De igual forma, se acreditó que V requería desde su ingreso al HGZ-11 atención médica especializada en Neurocirugía, dado que presentaba un daño cerebral derivado de una hemorragia, lo cual ponía en peligro su vida; no obstante, el HGZ-11 no contaba con esa especialidad, por lo que resultaba indispensable su traslado inmediato a un hospital que contara con dicha especialidad y su manejo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

109. Sin embargo, V permaneció varios días en el área de observación del servicio de Urgencias del HGZ-11, sin recibir la atención especializada ni el nivel de cuidados que su estado demandaba, y su traslado a la UCI se realizó de manera tardía, cuando su condición ya era crítica, falleciendo al momento de su ingreso a dicha unidad el 8 de diciembre de 2024.

110. Finalmente, si bien se documentaron diversos intentos de referencia a hospitales de segundo y tercer nivel, ninguno de ellos se concretó de manera efectiva. Con el paso del tiempo y ante el progresivo deterioro de V, dichas referencias dejaron de ser viables, sin que se adoptaran alternativas como la atención mediante servicios subrogados, a pesar de tratarse de una urgencia vital que exigía atención inmediata, sin que pudieran oponerse obstáculos administrativos o de capacidad institucional.

111. En conjunto, las citadas omisiones y deficiencias en la atención médica de V constituyeron una falla grave en la atención de una urgencia médica con riesgo potencial para la vida de un paciente que se encontraba en una especial

vulnerabilidad por su edad y condición médica, lo cual privó a V de una intervención oportuna y adecuada, y que provocaron la progresión irreversible de su padecimiento hacia el fallecimiento, el cual es atribuible al manejo médico inicial tardío e inapropiado para la emergencia hipertensiva y hemorragia cerebral que presentaba, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

112. La situación anterior fue factor determinante de que a la postre fuera vulnerado el derecho a la vida en agravio de V, de las omisiones descritas se concluye que con la atención médica proporcionada a V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que estuvieron a su cargo dentro el período comprendido del 3 al 8 de diciembre de 2024, se vulneraron en su agravio los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, pues omitieron brindarle la atención médica especializada y tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

113. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona mayor, con múltiples padecimientos, debió recibir atención prioritaria y especializada en el HGZ-11 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, autoridades señaladas como responsables en la presente recomendación, a fin de evitar las complicaciones que presentó y la omisión de brindarle una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud al grado de que dichas circunstancias inobservadas derivaron en la pérdida de su vida.

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

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

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

116. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁴, consideró que:

(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico (.)

(...) La debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria

²⁴ CNDH, *Recomendación General 29/2017, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud."*, Ciudad de México, CNDH, 2017, párrafos 27 y 35.

para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad (.).

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

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

118. La misma Norma, en su párrafo 34, ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a) Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b) Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c) Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d) Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente, y e) Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.

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

la realización de tratamientos o procedimientos médicos como consecuencia necesaria de la información recibida.

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

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

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

123. Así, si bien la información, como mínimo, ha de versar sobre los aspectos esenciales relativos al estado de salud de la persona paciente, el diagnóstico del padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias, los riesgos inherentes a ellas y las alternativas médicas existentes; también es cierto que el contenido de la información que el personal médico debe brindar al paciente se actualiza supuesto a supuesto, según las circunstancias de cada caso, pues el derecho-deber de información, como proceso de diálogo continuo entre el médico y el paciente, no se agota en una etapa del acto médico en específico ni sigue pautas o formas determinadas, se realiza conforme resulte viable, en forma oral o escrita, aunque sí

necesariamente en forma previa al tratamiento o intervención, asimismo, el grado o especificidad y la temporalidad de la información, también ha de ser acorde a las circunstancias y/o contexto, considerando la capacidad de comprensión del paciente, su deseo de ser informado o no, los niveles de riesgo que el acto médico implique.

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

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

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

126. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico por haber advertido las siguientes omisiones:

126.1 La nota médica de Triage de 3 de diciembre de 2024, a las 01:09 horas, carece de los datos de AR1, quien realizó la primera valoración de V.

126.2 Los volantes de movimiento intrahospitalario de 3 de diciembre de 2024, carecen de nombres y firmas de médicos tratantes, y una de ellas sin nombre y firma de personal de enfermería responsable.

126.3 La hoja de indicaciones médicas del servicio de Urgencias de las 08:06 horas del 8 de diciembre de 2024, no cuenta con el nombre completo del médico que la elaboró ni datos del servicio al que se encuentra adscrito.

126.4 La nota de defunción de 8 de diciembre de 2024 se realizó seis horas después del fallecimiento de V.

127. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad, en cuanto a los formatos consistentes en volante para traslado de intrahospitalario; la falta de datos del médico que elaboró en las indicaciones médicas, así y el hecho de haber realizado la nota de defunción seis horas después del fallecimiento de V, no cambia la causa de su muerte, sin embargo, dichas omisiones si representan el incumplimiento a lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico en sus numerales 5.1, 5.10, 7.1, con lo cual se vulnera el derecho humano a la información en materia de salud en agravio de QVI y VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, esto porque se les privó a que conocieran la verdad por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

F. CULTURA DE PAZ

128. 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”.²⁵

129. 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.²⁶

130. 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"²⁷ en sus períodos de sesiones quincuagésimo y quincuagésimo primero en relación con el tema titulado "Cuestiones relativas a los derechos humanos".²⁸

131. 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,

²⁵ CNDH, “¿Qué es el derecho humano a la paz?”, Perspectiva global, México, Nueva Época, núm. 14, octubre de 2023, pp. 13-14.

²⁶ Ídem

²⁷ 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.

²⁸ ONU, Resolución A/RES/51/101. “Cultura de paz”, 1996.

a solicitud de varios Estados²⁹. El año 2000 se proclamó Año Internacional de la Cultura de la Paz.³⁰

132. 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 mundo³¹, y aprobó la Declaración y el Programa de Acción sobre una Cultura de Paz³². En dicha Declaración se sientan las bases conceptuales de la cultura de paz, así como las directrices y medidas para su desarrollo:

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(.)

133. 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.

²⁹ 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.

³⁰ ONU, Resolución A/RES/52/15. “Proclamación del año 2000 Año Internacional de la Cultura de la Paz”, 1998.

³¹ ONU, Resolución A/RES/53/25. “Decenio Internacional de una cultura de paz y no violencia para los niños del mundo (2001–2010)”, 1998.

³² ONU, Resolución A/RES/53/243. “Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz”, 1999.

134. 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.

135. 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.

136. 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, principalmente de las personas mayores que requieren atención médica urgencia para evitar un daño irreparable a su salud, integridad personal y vida, 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.

137. 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

138. De acuerdo con lo expresado se concluyó que la responsabilidad de AR1 durante la recepción de V en el Servicio de Urgencias Triage, provino del hecho de que, no clasificó de forma adecuada V, otorgándole código amarillo, no obstante la elevada cifra de presión arterial que a la toma de signos vitales se detectó, con lo que incumplió su deber de cuidado en lo que toca a la código de clasificación que le otorgó, toda vez que las mencionadas cifras tensionales, representaba una emergencia hipertensiva y debió haberle otorgado código rojo, es decir requería atención inmediata por riesgo inminente de muerte o daño grave al cerebro.

139. Lo anterior, ocasionó que V evolucionara hacia el deterioro pues al tratarse de una emergencia médica requería de atención inmediata, lo que aunado al inadecuado manejo inicial proporcionado por AR2 y AR3, esta no se le otorgó, agravándose el cuadro clínico que presentaba; pues requería de valoración por el servicio de Neurología, situación que conllevó al deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento, ya que el tiempo para su atención especializada no debió de exceder de 2 horas desde que se solicitó la referencia-interconsulta a nivel de atención superior (4 de diciembre de 2024), sin respuesta o disponibilidad para que se justificara la subrogación inmediata del servicio ya que lo indicado conforme a lo

establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, V debió haber sido atendido de manera inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos; si ésta no contaba con espacio disponible, debía ser enviado a una institución externa que si contara con los recursos necesarios para su atención, lo cual en el presente caso no ocurrió.

140. Por su parte AR2, inadecuadamente el 3 de diciembre de 2024, a las 03:13 horas, prescribió tratamiento anticoagulante a V, sin antes confirmar el tipo de accidente cerebrovascular que había sufrido, pues al momento en indicó dicho tratamiento, no se le había efectuado el TAC de cráneo, por lo que no había una certeza si dicho accidente había sido de tipo hemorrágico o isquémico, lo cual trajo como consecuencia que se agravara el cuadro clínico que presentaba V y aceleró su deterioro, ya que posteriormente se confirmó que el evento cerebrovascular era de tipo hemorrágico. Inobservando con ello la *lex artis* que establece que nunca debe iniciarse terapia antitrombótica hasta descartar hemorragia por neuroimagen.

141. Por lo que respecta a AR4, AR5 y AR6, aun cuando el tiempo de espera para que V fuera trasladado a tercer nivel de atención médica para ser valorado por la especialidad e Neurocirugía, ya era de 5 días y ante la falta de respuesta de las unidades médicas a las que se solicitó apoyo para su atención, omitieron solicitar subrogar el servicio; incidiendo con ella de forma directa en la evolución clínica de V y en su fallecimiento.

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

Atención Médica que en términos generales, establecen que toda persona paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero, y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V, y con posterioridad la consecuente pérdida de la vida.

143. Las omisiones en las que incurrió personal del HGZ-11, transgredieron lo dispuesto en el artículo 1° Constitucional, el cual señala que las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del Sistema Universal de las Naciones Unidas.

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

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

146. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico con la calidad de persona servidora pública al momento de ocurrir los hechos vulneraron los derechos humanos de V; también con su conducta afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

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

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

151. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que, del análisis a la documentación del expediente clínico de V, se advirtieron diversas irregularidades comenzando con la inadecuada clasificación de V en el área de Triage del Servicio de Urgencias, así como la falta de diligencia en los múltiples envíos a Tercer Nivel de V, además de omitir gestionar la atención médica especializada mediante servicio subrogado y su ingreso tardío a la UCI, inobservando las directrices enmarcadas en la NOM-Unidades de Urgencia, Lineamientos de Triage Hospitalario, NOM-de atención médica, NOM- de Atención Neurológica y Neuroquirúrgica, NOM-Diabetes Mellitus en caso de comorbilidad, Guía de Práctica Clínica IMSS-076-08 y Guía de Práctica Clínica S-102-08, lo que repercutió de manera directa en V al no recibir una atención médica oportuna a la que todo paciente tiene derecho, que es la de obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad, idónea e integral, actividades de atención médica curativa con la finalidad que sea efectivo un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento

igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso no aconteció debido a las omisiones e irregularidades expuestas.

152. De igual forma se advierte incumplimiento de índole administrativo del PAD ante la obligación de gestionar la atención médica especializada por el Servicio de Neurología que requería V, y dar el debido trámite y seguimiento a las cuatro referencias-contrarreferencias que se expidieron los días 4 y 7 de diciembre de 2024, y no obtener respuesta, se omitió solicitar la subrogación de dicha atención, aunado a que no se le trasladó de forma oportuna a la Unidad de Cuidados Intensivos, inobservancias que provocaron una atención inoportuna e ineficiente que agravó su situación de riesgo, con las consecuencias y desenlace ya referido.

153. Lo anterior constituye una responsabilidad institucional para el IMSS, ya que PAD 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.

154. Por lo anterior, en el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la responsabilidad Institucional por parte del HGZ-11, toda vez que como se señaló previamente, la atención médica brindada a V no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, y toda vez que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para observar el debido cumplimiento de la

literatura médica (Guía de Práctica Clínica IMSS-076-08, Guía de Práctica Clínica S-102-08) y de las Normas Oficiales Mexicanas que orientan la atención médica y labor del personal médico y administrativo.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

156. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y IV; 26, 27, fracciones II, III, y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96, 97; fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112, 126, fracción VIII; 130, 131, 144, 145, 146, 147 y 148 de la Ley General de Víctimas, 76 y 78 del Reglamento de la Ley General de Víctimas y, demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos

a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V persona mayor; así como, al derecho a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, este Organismo Nacional les reconoce su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a la Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previas en dicha normatividad; por lo que la autoridad recomendada deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que este acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, a fin de que las víctimas puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

157. 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 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.

158. De igual forma, una vez que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, si éstas no inician el proceso para acceder a la reparación integral del daño o en su caso, no continúan con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de las víctimas, en el entendido que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; ello, para que cuando éstas así lo soliciten 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 acceder a la reparación integral señalada en el presente instrumento recomendatorio.

159. 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 las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a las personas responsables.

160. La salud es una meta prioritaria en sí mismo, a su vez, es el pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, ya que las posibilidades de que sean capaces los individuos para desplegarlas como tales, dependen de los logros en salud, en tanto un estado de bienestar general resulta indispensable para poder ejercer el

resto de los derechos humanos que tutela la Constitución Federal, y, en consecuencia, para poder llevar una vida digna. De ahí que el derecho a la salud impone obligaciones positivas a los Estados parte, de las que se destacan, las medidas necesarias para la reducción de la mortalidad, el tratamiento de las enfermedades y, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

161. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud, derecho a la vida y derecho a trato digno en agravio de V, así a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

a) Medidas de Rehabilitación

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

163. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, el IMSS en colaboración con la CEAV deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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 QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de satisfacción

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

165. En el presente caso, la satisfacción comprende que la autoridad colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento del Expediente Administrativo que derivó de la investigación del OIC, a fin de que éste se continúe en contra de las personas señaladas como responsables, por los hechos narrados en la presente Recomendación de manera particular las que se especifican en el apartado responsabilidad de las personas servidoras públicas, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas o Código Nacional de Procedimientos Penales; por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente. Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

166. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, en el punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que 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.

c) Medidas de no repetición

167. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, éstas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

168. Al respecto, es necesario que el personal del IMSS implementen un ciclo de formación continua y profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad de personas mayores y con enfermedades crónico degenerativas, así como a la información en materia de salud, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido a todo el personal médico del Servicio

de Urgencias del HGZ-11, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de estar en activos laboralmente, 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 deberá realizarse en un periodo de seis meses una vez aceptada la Recomendación y se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en el referido proceso; asimismo, 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.

169. Se deberá emitir en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya a todo el personal médico del Servicio de Urgencias del HGZ-11, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6; en caso de estar en activos laboralmente, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad de personas mayores y con enfermedades crónico degenerativas, así como 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 personal del 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; ello en cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

170. 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 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.

171. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, formula respetuosamente a usted, titular del IMSS, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, con la finalidad de que QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. El personal del IMSS en colaboración con la CEAV deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, 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 QVI, VI1, VI2, VI3, VI4 y VI5, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas.

TERCERA. Las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, deberán colaborar ampliamente con el trámite y seguimiento del Expediente Administrativo que se inició en el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del HGZ-11, en la atención médica de V, tomando en cuenta lo argumentado en el apartado “IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS”, así como las acciones y omisiones descritas en el apartado “RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS”, además, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo, a fin de que resuelva lo que conforme a derecho proceda, por las omisiones precisadas en el presente pronunciamiento; 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.

CUARTA. Se implemente un ciclo de formación continua y de profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad de personas mayores y con enfermedades crónico degenerativas, así como a la información en materia de salud, a fin de generar concientización del encargo del

servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-11; y, de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de estar en activos laboralmente, 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 deberá realizarse en un periodo de seis meses una vez aceptada la presente Recomendación y se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en el referido proceso; asimismo, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas.

QUINTA. Se deberá emitir en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya a todo el personal médico del Servicio de Urgencias del HGZ-11; de manera particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de estar en activos laboralmente, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno por la situación de vulnerabilidad de personas mayores y con enfermedades crónico degenerativas, así como 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 la autoridad 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.

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

173. 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.

174. Asimismo, de conformidad con el fundamento legal previamente citado, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH