

RECOMENDACIÓN NO. 66/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “MANUEL ÁVILA CAMACHO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PUEBLA, PUEBLA.

Ciudad de México, a 28 de abril de 2023

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Distinguido señor Director General.

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, párrafo primero, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2022/1560/Q**, relacionado con la atención médica otorgada a V, persona adulta mayor en el Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, Puebla.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto 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, primer párrafo, segunda parte y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso 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 distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Quejosa Víctima	QV
Víctima directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/CNDH

DENOMINACIÓN	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, “Manuel Ávila Camacho” en Puebla, Puebla.	UMAE
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV

I. HECHOS.

5. QV refirió en su queja, que el 26 de diciembre de 2021, V, su [REDACTED], quien padecía de [REDACTED] de más de 5 años, comenzó a sentir [REDACTED], por lo cual lo llevaron al servicio de urgencias de la UMAE, en donde fue recibido por PSP1 quien diagnosticó un [REDACTED], siendo intervenido quirúrgicamente al día siguiente por AR1, manifestando que todo había salido bien; sin embargo, el 6 de enero de 2022, VI2 llamó a una enfermera y ésta a su vez a PSP3, quien intentó [REDACTED] a V, pero ya había sido demasiado tarde.

6. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/5/2022/1560/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y análisis de las pruebas de esta Recomendación.

Información confidencial: Narración de hechos y parentesco, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

II. EVIDENCIAS.

7. Queja en línea de 26 de enero de 2022, elaborada por QV, quien manifestó, que a su parecer, la atención médica brindada a V por parte de las personas servidoras públicas del UMAE fue una inadecuada.

8. Acta circunstanciada de 31 de marzo de 2022, suscrita por personal adscrito a este Organismo Nacional en la cual se certificó la recepción de un mensaje de correo electrónico enviado por personal del IMSS, en el que se adjuntó copia del expediente clínico de V elaborado en el UMAE, del que destacan las siguientes documentales:

8.1. Nota médica de clasificación de pacientes (triage), de las 13:10 horas del 26 de diciembre de 2021, realizada por PSP1 en la UMAE, quien valoró a V, marcando la casilla de la escala de [REDACTED] [REDACTED] en el rubro de 14-12, y determinó que V debía de recibir atención de manera inmediata.

8.2. Nota de primer contacto del servicio de admisión médica continua, elaborada a las 13:15 horas del 26 de diciembre de 2021 por PSP1, quien solicitó interconsulta al servicio de cardiología, para verificar las condiciones generales de V.

8.3. Notas de valoración y evolución médica de V, efectuadas a las 16:00 y 20:18 horas del 26 de diciembre de 2021, por PSP1 y PSP2, respectivamente, quienes requirieron valoración por neurología y canalización de V a neurocirugía para el tratamiento del [REDACTED] [REDACTED], con

Información confidencial: condición de salud, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

¹ Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida.

² Acumulación "vieja" de sangre y de productos de la descomposición de la sangre localizada entre la superficie del cerebro y su capa más exterior.

pronóstico:

8.4. Nota de ingreso de V, al servicio de neurocirugía, de 26 de diciembre de 2021, sin que exista mayores datos de quien la elaboró, ni hora de acceso y sin manejo médico.

8.5. Nota médica de evolución elaborada por AR1 el 27 de diciembre de 2021, quien manifestó que V fue: “... Asignado a mi cargo. Sin nota de valoración de turno matutino...”, agregando: “... En este momento paciente [REDACTED]”

██████████ ██████████...,” con plan: “...Requiere manejo quirúrgico. Se propone evacuación bilateral por trépanos⁴...”; y pronóstico: “Malo para la vida y función”.

8.6. Nota prequirúrgica de V, suscrita a las 18:30 horas del 27 de diciembre de 2021, por AR1, quien reportó a V, con gravedad por [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED], sin respuesta a los estímulos externos, [REDACTED]

8.7. Registro de anestesia y recuperación de 27 de diciembre 2021, signada por AR1 y AR2, a las 18:50 horas, en la cual se asentó que a las 19:15 horas V fue intervenido quirúrgicamente.

Información confidencial: condición de salud, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

³ Estimulo al dolor.

⁴ Pequeños agujeros que un neurocirujano realiza en el cráneo para el drenaje de sangre acumulada de alguna región cerebral.

⁵ Estado que permite tolerar al paciente dolor o procedimientos dolorosos manteniendo de forma adecuada la función cardiorrespiratoria y la capacidad de respuesta a estímulos verbales o táctiles

8.8. Hoja de Anestesiología firmada por AR2, a las 20:50 horas del 27 de diciembre de 2021, quien señaló que V: “...*ingresa con* [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] | [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] *ingresa de forma urgente...*”.

8.9. Carta de consentimiento bajo información y hoja de consentimiento informado, ambos documentos de 27 de diciembre de 2021, suscritos por QV, VI1 y AR2, en los que se indicó a los familiares de V el procedimiento quirúrgico que se le practicaría, así como el proceso anestesiológico.

8.10. Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica y su reverso, de 27 de diciembre de 2021, signado por AR1, en el que se establecieron los siguientes hallazgos postoperatorios de V: “...
[REDACTED]
[REDACTED] ...”.

8.11. Hoja de indicaciones postquirúrgicas, suscrita por AR1 a las 20:25 horas del 27 de diciembre de 2021, en la que indicó: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

8.12. Hoja de ingreso de V al servicio de inhaloterapia de la UMAE, de las 21:00 horas del 27 de diciembre de 2021, signada por AR3, quien señaló:

⁶ Ventilación Mecánica Controlada.

██
██

8.13. Notas de evolución e inhaloterapia en neurocirugía, de las 08:00, 11:00 y 14:40 horas, todas del 28 de diciembre de 2021, elaboradas por AR1 y AR3, respectivamente, en las que se estableció que V, fue ingresado a piso del servicio de neurocirugía de la UMAE, permaneciendo en la cama 505, en las que se reportó signos ██████████ con motivo de la ██████████ y ██████████ que cursaba ██████████, lo cual se le informó a un familiar.

8.14. Notas de evolución y actualización de neurocirugía, efectuadas a las 08:00 y 14:30 horas del 29 de diciembre de 2021, por AR1, quien señaló que V contaba con una frecuencia ██████████

8.15. Lista de verificación, acciones para la ██████████ ██████████, emitida desde el 27 de diciembre de 2021 por la dirección de enfermería de la UMAE (sin precisar quien la elaboró) en la que se candelarizó dichas acciones hasta el 4 enero de 2022, y se señaló que no se llevaron a cabo las acciones para la ██████████ ██████████, los días 30 y 31 de diciembre de 2021.

8.16. Registro clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería de la UMAE de 1 y 2 de enero de 2022, (sin precisar quien la elaboró) en las que se advirtió que ██████████ de V fueron ██████████ por los días citados respectivamente.

Información confidencial: Narración de hechos, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

⁷ Sucede cuando la presión arterial es mucho más baja de lo normal. Esto significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre.

8.17. Notas de evolución e inhaloterapia, de las 08:00 y 12:00 horas, ambas del 3 de enero de 2022, elaboradas por AR1 y AR4, respectivamente, en la que se reportó a V, con [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

8.18. Nota de evolución de las 08:00 horas del 4 de enero de 2022, elaborada por AR1, quien reportó que en la radiografía de control de V se encontraron

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED], por lo cual solicitó [REDACTED]

[REDACTED], y mencionó que: "... [REDACTED]

[REDACTED]".

8.19. Nota de evolución elaborada por AR1 a las 08:00 horas del 5 de enero de 2022, en la que describió los resultados de laboratorio de V del 03 de enero de 2022, refiriendo que éste se encontraba [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

8.20. Nota y certificado de defunción, la primera emitida en el servicio de neurocirugía y la segunda por la Secretaría de Salud, ambas del 6 de enero de 2022, en las que se señaló, en la primera de éstas que a las 02:00 horas, V fue declarado sin vida a pesar de las maniobras de resucitación de 10 minutos previos realizadas por PSP3, e indicando en ambos documentos como causa de muerte de V: "[REDACTED]".

Información confidencial: Narración de hechos, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

⁸ Intubación orotraqueal.

9. Opinión médica de 29 de marzo de 2023, emitida por un especialista de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica que se proporcionó a V en la UMAE, fue inadecuada.

10. Acta circunstanciada, de 13 de abril de 2023, mediante la cual personal de este Organismo Nacional dio vista a QV, de la integración del expediente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

11. Acta circunstanciada de 14 de abril de 2023, en la que al analizar el contenido del punto 12.3.4 y 12.4.3 de la NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología, se advirtió la corresponsabilidad de AR2 como autoridad responsable.

12. Acta circunstanciada de 17 de abril de 2023, en la que se hizo constar la recepción, de misma fecha, de correo electrónico institucional emitido por la Dirección Jurídica del IMSS, en la que adjuntó copia de la resolución Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, emitió acuerdo de 30 de enero de 2023, en sentido improcedente respecto del expediente de Queja Administrativa QM.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

13. El 4 de mayo de 2022, se inició la investigación médica QM en el IMSS, misma que fue resuelta en sentido improcedente por el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS el 30 de enero de 2023.

14. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que acredite la existencia de un procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en relación con los hechos motivo de la queja.

IV. OBSERVACIONES.

15. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2022/1560/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida así como a la información en materia de salud, en agravio de V, atribuibles a personal médico de la UMAE, como se desarrolla a continuación.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

16. 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.”*⁹ 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.

⁹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; y CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24.

17. La CrIDH, ha sostenido que los Estados “[...] tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.¹⁰

■

18. 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.”¹¹

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

20. A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión lenta”.¹² Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.¹³

21. En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos

¹⁰ CrIDH, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

¹¹ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

¹² OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹³ OMS, *“Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”*, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.¹⁴

22. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, considera que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.¹⁵

23. Así, la hipertensión arterial sistémica es definida como aquel *“padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes > 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal > 125/75 mmHg.”*

24. Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades crónicas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹⁶

¹⁴ IMSS, “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40.

¹⁵ CNDH. Recomendación 82/2019, 52/2020, 42/2021, 144/2022 y 165/2022

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 8/2019; 52/2020, 42/2021, 144/2022, 165/2022.

25. En el presente caso, esta Comisión Nacional advirtió que el 26 de diciembre de 2021, V contaba con antecedentes personales patológicos, portador de [REDACTED] y caída sufrida estando en el baño de su casa un mes previo a la fecha de los hechos, fue trasladado por sus familiares a la UMAE, siendo recibido a las 13:10 horas por PSP1 en el servicio de urgencias, quien advirtió que las condiciones de su ingreso fueron consideradas graves, por presentar datos clínicos de la escala de [REDACTED] en el rubro de 14-12, determinando que debía de recibir atención de manera inmediata, siendo ingresado al servicio neurocirugía ese mismo día e intervenido quirúrgicamente por AR1 y AR2 al siguiente día.

26. Sin embargo, de acuerdo con el especialista de esta CNDH, no obra constancia alguna que acredite que a V se le brindó un manejo multidisciplinario para su atención, omitiendo ese Instituto garantizarle el máximo respeto a sus derechos humanos, en el caso específico el de la protección de la salud, al omitir vigilar su estado de salud por más de trece horas antes de ser operado, y en el caso de AR1, AR2, AR3 y AR4 no canalizarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a su intervención, a sabiendas de que sufría de [REDACTED] y que después de 48 horas de permanecer intubado para contar con oxigenación por medio de la ventilación mecánica, era obligación verificar que no se hubiese desarrollado una infección pulmonar como lo marcan las NOM-025-SSA3-2013 y NOM-006-SSA3-2011, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos y para la Práctica de la Anestesiología; así como la Guía Práctica Clínica para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, colocándolo en una situación de especial vulnerabilidad y riesgo, previo al evento quirúrgico y post- operatorio, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

27. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹⁷.

28. Por su parte el numeral 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”¹⁸.

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

*La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*¹⁹

¹⁷ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33.

¹⁸ “Artículo 10. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹⁹ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSEVACION GENERAL 14.

30. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección²⁰, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “...el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, por lo que para garantizarlos, el Estado, a través de sus instituciones, debe otorgarlos con calidad, debiéndose comprender calidad como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”.

31. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, este Organismo Nacional ha señalado 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 acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.

B.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V

32. En el presente asunto, como ya se expuso en párrafos precedentes, el 26 de diciembre de 2021, V fue llevado por QV al Área de Urgencias de la UMAE, por “presentar desde el 24 de diciembre de [REDACTED] siendo recibido por PSP1 quien en su Nota médica de clasificación de pacientes (triage), de 26 de diciembre de 2021, [REDACTED] [REDACTED]²¹ en el rubro de 14-12, determinó que V debía de recibir

Información confidencial: condición de salud, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

²⁰ *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.”* Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

²¹ Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida.

atención de manera inmediata en un tiempo no mayor de 10 minutos debido a que el tipo de atención era de emergencia de color naranja.

33. En la misma nota PSP1 señaló como antecedentes personales patológicos de V, ser portador de [REDACTED] en control a base de enalapril; además que los síntomas que motivaron la solicitud de la atención médica especializada radicaban en la presencia de: “[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]”

34. A través de la exploración física de V, PSP1 lo detectó con signos vitales alterados a razón de aumento de [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], por lo cual se realizó un electrocardiograma, que evidenció una [REDACTED]
[REDACTED] en V y documentado desde el momento de su ingreso.

35. De las notas de valoración y evolución observación médicas de V, de las 16:00 y 20:18 horas del 26 de diciembre de 2021, suscritas por PSP1 y PSP2 respectivamente, de los servicios de urgencias y hemodinamia de la UMAE, se advirtió que solicitaron valoración por neurología y su canalización a neurocirugía para el tratamiento del [REDACTED], posterior a la tomografía axial computarizada que se le practicó al cráneo simple de V.

36. Nota de ingreso de V, al servicio de neurocirugía, de 26 de diciembre de 2021, sin que exista mayores datos de quien la elaboró, ni hora de acceso y sin manejo médico.

22 Trastorno del lenguaje que hace que se dificulte leer, escribir y expresar lo que se quiere decir.

37. Posteriormente, de acuerdo a la constancia médica de 27 de diciembre de 2021, emitida por AR1, ésta señaló sobre V que fue: “... *Asignado a mi cargo. Sin nota de valoración de turno matutino...*”, agregando: “... *En este momento paciente [V]* [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

38. Al respecto, en la Opinión Médica el especialista de esta Comisión Nacional, mencionó que AR1 describió el estado en el que se encontraba V: “... *En este momento paciente* [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] (sic); por lo que dicho especialista consideró que **V permaneció aproximadamente trece horas sin vigilancia estrecha**, lo anterior con base en la última nota de valoración de admisión médica continúa, realizada el 26 de diciembre de 2021 a las 20:18 horas y por la nota de ingreso a neurocirugía fechada ese mismo día (sin contar con datos de la hora y de quien la elaboró), advirtiéndole que V estaba siendo valorado por el servicio de neurocirugía de la UMAE, y fue hasta el siguiente día, es decir el 27 de diciembre de 2021 a las 14:25 horas, cuando recibió valoración médica por parte de AR1, lo anterior queda plenamente confirmado con lo asentado por la misma donde señaló: “...*Sin nota de valoración de turno matutino...*” (sic).

39. De igual modo, el médico de esta Comisión Nacional precisó que en todo ese tiempo, es decir, de las 20:18 horas del 26 de diciembre de 2021, a las 14:25 horas del 27 de diciembre de dicha anualidad, V se mantuvo sin valoración médica de los servicios de medicina interna, sin que se le realizaran estudios preoperatorios, ni se

23 Pequeños agujeros que un neurocirujano realiza en el cráneo para el drenaje de sangre acumulada de alguna región cerebral.

le brindó tratamiento por el personal médico adscrito del servicio de neurocirugía, en ese periodo, ante una nula vigilancia, durante estas trece horas fue evolucionando hacia el deterioro su estado neurológico.

40. Agregando el especialista que el personal médico adscritos a los servicios de medicina interna y neurocirugía de la UMAE, de los que no se cuenta con evidencia documental sobre su actuación, incumplieron con lo mencionado en la Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad “... *Manejo Preoperatorio: Los pacientes que tengan más de 50 años de edad y con enfermedades crónicas asociadas, se deberá solicitar exámenes de laboratorio y gabinete tales como: tele de tórax, ECG en reposo, BH, QS de 12 elementos, pruebas cruzadas, tiempos de coagulación, valoración preoperatoria por medicina interna o cardiología o terapia intensiva de así permitirle su estado neurológico... Como medida de protección al paciente es importante... vigilancia estrecha, sobre todo en los pacientes que presentan alteraciones conductuales...*”, lo cual constituyó una responsabilidad de tipo Institucional la cual se analizará en el apartado correspondiente.

41. En este sentido, de acuerdo con el cuadro clínico descrito por AR1, el padecimiento de V reunía criterios para integrar un [REDACTED], susceptible de manejo quirúrgico para la evacuación bilateral de los hematomas presentados.

42. Asimismo, se advirtió que de la nota prequirúrgica de V, elaborada a las 18:30 horas del 27 de diciembre de 2021, por AR1, se reportó a V, con [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] llevándose a cabo la misma, orientada a drenar los [REDACTED]

mediante la técnica de trépanos,²⁴ a las 19:15 horas de ese día, quedó constancia en el registro de anestesia y recuperación, en el que se verificó la participación de AR2, quien mencionó que V fue ingresado de forma urgente a quirófano, llevando a cabo el proceso de anestesia.

43. Sobre lo cual, en opinión del especialista de la CNDH, V pasó más de 20 horas sin recibir atención especializada, dado que a las 18:30 horas del 27 de diciembre de 2021, AR1 reportó en su nota prequirúrgica que no existía atención médica por el turno matutino y es hasta que a las 18:30 horas que advirtió datos clínicos de gravedad en V, e instruyó se llevara a cabo la [REDACTED] que advirtió, cirugía que fue realizada a las 19:15 horas de ese día, por lo que dicha dilación contribuyó al [REDACTED] de V; inobservando con ello lo previsto en la Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del [REDACTED] en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad que menciona: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

44. Asimismo, en relación con la atención que AR2 brindó a V, se observó su participación en la hoja de anestesiología de las 20:30 horas del 27 de enero de 2021, en la que procedió a la sedación de V, con la finalidad de realizar la [REDACTED] [REDACTED], la cual tuvo duración de una hora y treinta minutos, además de señalar que al egresar de cirugía fue remitido al servicio de inhaloterapia (sin agregar seguimiento alguno), siendo recibido por AR3.

45. Posterior al citado evento quirúrgico al que fue sometido V, el especialista de esta Comisión Nacional advirtió que si bien, se realizó el procedimiento encaminado a solucionar la génesis del [REDACTED] sufrido por el agraviado, las

²⁴ Pequeños agujeros que un neurocirujano realiza en el cráneo.

características que éste presentaba como [REDACTED]
[REDACTED] documentadas al momento de la [REDACTED],
AR1 y AR2, omitieron realizar interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos de
ese nosocomio para valoración y eventual ingreso al área, con ello garantizar una
vigilancia más estrecha y otorgarle medidas de prevención que reducirían, en lo
mayor posible una infección derivada del apoyo mecánico ventilatorio.

46. Incumpliendo de este modo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana
NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de
Cuidados Intensivos y Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la
Práctica de la Anestesiología, que en términos generales establecen: “... 5.5 *Criterios
generales de ingreso a la UCI de Adultos y Pediátricos... 5.1.1.2 Pacientes que
presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con
requerimiento de monitoreo; 5.5.1.1.3 Pacientes con la necesidad de cuidados
especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI...*”; así
como: “...12.3.4 *En su caso, cuando no se cumplan los criterios señalados en el
numeral 12.3.1 y correlativos, el cirujano y el anestesiólogo tratantes, deberán
evaluar, indicar y vigilar el traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos,
dónde deberá ser presentado y entregado directamente al personal médico
correspondiente*”.

47. En ese orden de ideas, también se estableció en la hoja de ingreso de V al
servicio de inhaloterapia que a las 21:00 horas del 27 de diciembre de 2021, V fue
ingresado a dicho servicio de la UMAE, siendo valorado por AR3, quien lo refirió con

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED] "(sic).

48. Dentro del análisis que el especialista de este Organismo Nacional estableció en la Opinión Médica, se hace mención que el agraviado se encontraba en su primer día de estancia en inhaloterapia bajo "VMC"²⁵, [REDACTED]

[REDACTED], reiterando AR3 lo solicitado por el servicio de neurocirugía en las indicaciones post quirúrgicas con respecto a las aspiraciones de secreciones por razón necesaria, sobre lo cual el especialista de este Organismo Nacional señaló que AR3 no profundizó con respecto a la hipertensión, omitiendo otorgar manejo encaminado a revertir dicha elevación arterial, tampoco solicitó interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos para su valoración y eventual ingreso al área y así llevar a cabo una vigilancia más estrecha.

49. Por lo anterior, AR3 incumplió de igual forma con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos que establece: "... 5.5 *Criterios generales de ingreso a la UCI de Adultos y Pediátricos...* 5.1.1.2 *Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo;* 5.5.1.1.3 *Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI...*".

50. Por otra parte, de la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, se observó que el 28 de diciembre de 2021, V permaneció en el servicio de neurocirugía en la UMAE, durante su estancia fue tratado de manera conjunta con el servicio de inhaloterapia; en la valoración realizada ese mismo 28 de diciembre AR1 y AR3 el agraviado fue reportado con [REDACTED] (90/52

²⁵ Ventilación Mecánica Controlada.

²⁶ relativo a la transmisión nerviosa que utiliza como neurotransmisor la adrenalina.

██████████ a pesar de ello, no se cuenta con medida terapéutica aplicada y orientada a corregir dichos signos vitales, e igualmente, el especialista de la CNDH advirtió que AR1 omitió estudiar las posibles causas de la hipotensión y la febrícula, limitándose sólo a mencionar que V continuaría bajo ██████████ horas para posteriormente realizar ██████████, lo cual contravino lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos que establece: “... 5.5 Criterios generales de ingreso a la UCI de Adultos y Pediátricos... 5.1.1.2 Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo; 5.5.1.1.3 Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI...”.

51. Dentro de la Opinión Médica emitida por esta Institución, agregó que derivado de los antecedentes patológicos de V: ██████████ ██████████ durante el proceso de ██████████ y la presencia de ██████████, AR1 no contempló las altas posibilidades para la instauración de un proceso infeccioso derivado al apoyo mecánico ventilatorio, y con ello profundizar pero sobre todo, garantizar las acciones a realizar para prevenir esta complicación, incumpliendo AR1 con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que menciona: “...*Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica... El objetivo principal de los clínicos debe enfocarse en eliminar o minimizar la incidencia de NAVM a través de medidas de prevención eficaces establecidas en las recomendaciones internacionales y verificando el apego de las prácticas por el personal de salud...*”.

52. En la nota de evolución elaborada a las 08:00 horas del 29 de diciembre de 2021, por AR1, éste refirió a V con ligera taquipnea (20 respiraciones por minuto), llamando la atención del especialista de esta Comisión Nacional que las secreciones que

presentó el mismo día que V tuvo febrícula, no fueron contempladas, ni mucho menos analizadas por AR1, omitiendo llevar a cabo un estudio encaminado a establecer o descartar la presencia de algún microorganismo patógeno, necesario para determinar cómo diagnóstico diferencial la infección por uso de ventilación mecánica, incumpliendo con ello lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) que establece: *“...Pruebas diagnósticas... Ante la sospecha clínica de NAVM, se requiere realizar estudios específicos, ya que los datos clínicos no son patognomónicos. Las pruebas diagnósticas están encaminadas a confirmar la NAVM y a identificar el agente etiológico...”*.

53. Ahora bien, con respecto a las aspiraciones de las secreciones, se cuenta dentro del expediente clínico del agraviado, con una hoja que corresponde a la lista de verificación de acciones para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica emitida por por la dirección de enfermería de la UMAE (sin precisar quien la elaboró), iniciada el 27 de diciembre de 2021, hasta el 4 enero de 2022, la cual, a consideración del médico de la CNDH tiene una serie de intervenciones preventivas a realizarse durante la estancia del paciente, en donde los rubros establecidos para la prevención de los días 30 y 31 de diciembre de 2021, no se reportó ninguna acción, esto resulta de suma importancia debido a que las características presentadas hasta este momento por V, como lo fue el aumento de secreciones por aspiración, necesitaban fortalecer las acciones preventivas por parte del servicio de enfermería en esos días, situación que no ocurrió, incumpliendo la dirección de enfermería con lo establecido en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano Del Seguro Social artículo 7: *“... De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporción.*

54. En la valoración realizada por AR1 a las 08:00 horas del 3 de enero de 2022, se reportó en V, [REDACTED], a pesar de ello, AR1 omitió auscultar los campos pulmonares, lo que tampoco fue revisado por AR1 los días 29, 30, 31 de diciembre de 2021 y 1 de enero de 2022, siendo de especial relevancia el hecho que de que también omitiera considerar lo descrito por el área de enfermería los días 01 y 02 de enero de 2022, quienes efectuaron [REDACTED] presentes, las [REDACTED]
[REDACTED]

55. Al prescindir dicha información y no estudiarla, AR1 omitió contemplar como diagnóstico diferencial en V, una [REDACTED], ante esta situación, tampoco solicitó estudios de control de secreciones obtenidas por enfermería, incumpliendo con lo establecido en Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la [REDACTED] Asociada a [REDACTED] Mecánica que comenta:

Diagnóstico clínico... [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

56. Cuatro horas después de la valoración de AR1, es decir a las 12:00 horas de ese 03 de enero de 2022, V fue valorado por el AR4, quien advirtió la presencia de [REDACTED], aun [REDACTED] y a pesar de los antecedentes

neurológicos, con [REDACTED] y presencia de [REDACTED] omitió solicitar estudios de control y de imagen para determinar la génesis del aumento de la temperatura y la presencia de la rudeza respiratoria, incumpliendo con lo establecido en Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que comenta:

[illegible]

57. Asimismo, con lo señalado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano Del Seguro Social artículo 7: “... *De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione...*”.

58. Para el 04 de enero de 2022, AR1 reportó la radiografía de control de V con múltiples [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] pero con [REDACTED] en el [REDACTED], por lo cual requirió [REDACTED], y mencionó que: “... *por el momento se mantiene sin cambios en el manejo establecido*” (sic).

59. Sobre lo cual, el especialista de esta Comisión Nacional agregó que el 05 de enero de 2022, AR1 volvió a valorar a V, mencionando los resultados de laboratorio

de 03 de enero de 2022, que establecían un proceso [REDACTED]

[REDACTED]; sin embargo, AR1 omitió establecer un tratamiento terapéutico con un agente antimicrobiano de mayor espectro o en su caso una combinación de antibióticos, incumpliendo con ello con lo previsto en la GPC Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que menciona:

“...Tratamiento en NAVM... La selección de antimicrobianos para el tratamiento empírico requiere del uso de dosis óptimas para obtener la máxima eficacia. El inicio temprano del tratamiento empírico para NAVM, se asocia con disminución de la mortalidad. Se ha demostrado que cuando una terapia inicial, dentro de las primeras 48 horas no es adecuada, la mortalidad se eleva hasta el 91%, por lo cual, es crítica la selección empírica de un esquema inicial adecuada para NAVM...” y con lo establecido en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social artículo 7: “...Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores...”.

60. Sin contar con más notas de valoración dentro del expediente clínico otorgado por la autoridad, a pesar de ello, se conoce que a las 02:00 horas del 06 de enero de 2022, V fue reportado por el servicio de enfermería sin signos vitales, declarando PSP3 su fallecimiento como causa de muerte, [REDACTED]

61. De lo expuesto, la Opinión Médica de esta CNDH concluye que la neumonía en V se había instaurado previamente y derivado a las diferentes omisiones de los médicos tratantes (AR1, AR2, AR3 y AR4) esta fue progresando deteriorando gradualmente la salud de V hasta ocasionar su fallecimiento, por lo que tales médicos

transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, 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, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

62. Lo anterior debido a que AR1, AR2, AR3 y AR4 actuaron negligentemente, al omitir llevar a cabo los medios auxiliares de atención médica y diagnósticos; como su canalización a la Unidad de Cuidado Intensivos posterior a su intervención quirúrgica del retiro de hematomas bilaterales, así como llevar a cabo las pruebas de laboratorio para el análisis de las secreciones por aspiración que contaba V, para que así hubieran permitido integrar un adecuado diagnóstico postquirúrgico respecto de las condiciones de salud de V, con la finalidad de reducir al máximo el riesgo de complicaciones en la integridad física de V, omisiones que generaron el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

63. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 80 años de edad, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la

materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de la UMAE.

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

65. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en los artículos 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento, 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.

66. Partiendo de ello, el personal médico de los servicios de neurocirugía, anestesiología e inhaloterapia, como AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos a la UMAE, al momento de ofrecerle a V atención médica, debieron tener en cuenta que se trataba de una persona de ■ años de edad, que se encontraba en una condición de vulnerabilidad y que, por tanto, la atención médica proporcionada tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata, contrario a ello con su actuar y omisiones contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara.

67. Al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia por omisión, descritas en los párrafos que anteceden, esta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la mejoría en el estado de salud de V, lo cual tuvo como consumación la falta de un diagnóstico cierto y el tratamiento correspondiente, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento, como se describirá en el apartado siguiente:

D. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA VIDA.

68. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

69. Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta*

las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...²⁷.

70. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan 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 galenos para preservar la vida de sus pacientes”²⁸.*

71. 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 y AR4, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

72. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo a su vez con lo dispuesto en el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

²⁷ SCJN. *“DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”*. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24.

²⁸ CNDH. Recomendación 75/2017, párr. 61.

73. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, AR1, AR2, AR3 y AR4, omitieron considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrieron en una falta atención adecuada y oportuna a su padecimiento neurológico y pulmonar, como lo fue el no recibir atención médica por más de 13 horas entre los días 26 y 27 de diciembre de 2021, y después al evento quirúrgico de la remoción de los hematomas bilaterales, en el caso ameritaba su canalización a la Unidad de Cuidados Intensivos, lo anterior con la finalidad de estar estrechamente vigilado en su estado de salud, y como en el presente caso no sucedió, por lo que V permaneció por más de 5 días con ventilación mecánica, lo cual ocasionó que adquiriera un proceso infeccioso por neumonía asociada a la ventilación mecánica que cursaba, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo medico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro del estado de salud del agraviado y en su posterior fallecimiento.

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

74. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política, establece que, “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información” y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

75. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²⁹

²⁹ CNDH. Recomendación 158/2022 párr 69; 156/2022 párr 54; 150/2022 párr 77; 144/2022 párr 64; 141/2022 párr 67; 133/2022 párr 81; 131/2022 párr 64; 116/2022 párr 73; 94/2022 párr 79; 82/2022 párr 49; 57/2022 párr 69; 56/2022 párr 84; 53/2022 párr 65; entre otras.

76. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*³⁰

77. En la Recomendación General 29/2017 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional, consideró que, “la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”³¹

78. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

³⁰ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

³¹ CNDH. Del 31 de enero de 2017, parr. 35.

79. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que, el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.

80. También se ha establecido en diversas recomendaciones 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.³²

81. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 62/2021, 71/2021, 13/2022, 26/2022, 39/2022, 44/2022, 57/2022, 82/2022, 94/2022, 131/2022, 144/2022, 156/2022 y 158/2022.

³² CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 165/2022, párr. 79.

82. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en la UMAE, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

83. Tal como lo evidenció el especialista en medicina de este Organismo Nacional, existió inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del expediente clínico*" tanto por AR2 (anestesiólogo), AR3 y AR4 (inhaloterapia), debido a que en diversas notas médicas omitieron plasmar el nombre completo y firma del médico que la elaboró; algunas se encuentran ilegibles y sin manifestar nombre del paciente y servicio, así como abuso de abreviaturas.

84. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.³³

³³ CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 165/2022, párr. 82.

F. RESPONSABILIDAD

F.1 Responsabilidad Institucional.

85. Además de las responsabilidades en que incurrieron de manera individual AR1, AR2, AR3 y AR4, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en la UMAE del IMSS, prevaleció una problemática que desarrolló y propició la violación a derechos humanos, a la protección de la salud y a la vida de V, dando lugar a una responsabilidad institucional.

86. Esta Comisión Nacional estima conveniente reiterar que la omisión de atención médica y quirúrgica que no recibió V desde el momento que ingresó al servicio de neurocirugía el 26 de diciembre hasta las 19:15 horas del 27 de diciembre de 2021, en la UMAE, no fue manejada por ningún personal de dicho servicio que el caso lo ameritaba, por el contrario, solo fue valorado hasta las 14:30 horas de 27 de diciembre de ese año por AR1, sin que exista evidencia alguna que se haya brindado atención médica y quirúrgica a V, por más de 20 horas, aunado a que ese Instituto omitió justificar su inatención médica, lo que condicionó que el estado de salud neurológico de V se deteriora.

87. Asimismo, se advirtió que no existió un control o manejo de V por parte de personal médico y/o enfermería de la UMAE el 30 y 31 de diciembre de 2021, por lo que se omitió valorar o controlar el estado de salud de V, ya que días previos se le reportó con signos vitales deteriorados, sin que se advierta por parte de ese Instituto las razones de la falta de atención.

88. En la Opinión médica de este Organismo Nacional se precisó que de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se señala que “*en los establecimientos*

de atención médica, deberá contarse con personal suficiente e idóneo, así como con recursos físicos, tecnológicos y humanos” (artículos 21 y 26).

89. En el mismo sentido, dicho Reglamento en su artículo 74, establece que: *“...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”*. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al omitir brindar atención médica a V durante periodos de tiempo, como lo fue a su llegada al servicio de neurocirugía del 26 (sin precisar hora) y hasta su operación la cual se reportó hasta las 19:15 horas del 27 de diciembre de 2021, misma situación ocurrió en los días posteriores, que no existió constancia alguna que acreditara el manejo médico y/o de enfermería de los días 30 y 31 de diciembre de ese año, lo cual condicionó que su estado de salud se deteriorara gradualmente recayera en su fallecimiento.

90. Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud, a la vida así como a la información en materia de salud de V, y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, debido a la omisión por parte del IMSS de dotar a la UMAE del personal médico profesional para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó negligencia en el tratamiento neurológico de V y diagnóstico oportuno de la neumonía asociada a la ventilación mecánica que padeció V.

91. Por tanto, la falta de personal médico especializado y de enfermería implicó responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establecen que los pacientes tienen

derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

F.2. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

92. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por la falta de brindar una atención médica adecuada conforme a las múltiples afecciones que sufría V, además del cúmulo de factores que implicaron un deterioro gradual de la salud de V, como el no haber recibido atención médica quirúrgica de manera inmediata al momento que fue recibido así como por su calidad de persona adulta mayor con enfermedades crónico degenerativas, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

93. Así, AR1 y AR2, omitieron realizar interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE para valoración y eventual ingreso de V a esa área, con ello garantizar una vigilancia más estrecha y otorgarle medidas de prevención que reducirían, en lo mayor posible una infección derivada del apoyo mecánico ventilatorio.

94. Asimismo, AR1 no contempló las altas posibilidades de que V presentara un proceso infeccioso derivado al apoyo mecánico ventilatorio que tenía, y con ello garantizar las acciones a realizar para prevenir esta complicación. Tampoco llevó a cabo un estudio encaminado a establecer o descartar la presencia de algún

microorganismo patógeno, necesario para determinar cómo diagnóstico diferencial la infección por uso de ventilación mecánica, en las secreciones que presentó V.

95. De igual manera AR1 omitió contemplar como diagnóstico diferencial en V, una neumonía por ventilación mecánica, ante esta situación, tampoco solicitó estudios de control de secreciones obtenidas por el servicio de enfermería de 01 y 02 de enero de 2022, quienes efectuaron tres aspiraciones con secreciones presentes, las dos primeras cuantificadas de 100 ml y la tercera de 50 ml.

96. Finalmente, AR1 omitió establecer a V un tratamiento terapéutico con un agente antimicrobiano de mayor espectro o en su caso una combinación de antibióticos, al advertir que contaba con un proceso infeccioso e inflamatorio severo.

97. AR3 no profundizó con respecto a la hipertensión que V padecía, omitiendo otorgar manejo encaminado a revertir dicha elevación arterial, tampoco solicitó interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos para su valoración y eventual ingreso al área y así llevar a cabo una vigilancia más estrecha.

98. Por su parte AR4, quien no obstante de advertir la presencia de estertores y rudeza respiratoria, que presentaba V, aun orointubado y a pesar de los antecedentes neurológicos, con elevación de temperatura y presencia de secreciones, omitió solicitar estudios de control y de imagen para determinar la génesis del aumento de la temperatura y la presencia de la rudeza respiratoria.

99. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas en la UMAE, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

100. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a la UMAE, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa que corresponda.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO.

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

102. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso en

concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida de V, así como al derecho al acceso a la información en materia de salud y, en consecuencia se deberá inscribir a V, así como QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, a fin de que éstos últimos tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

103. 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, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

104. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos “modos específicos” de reparar que “varían según la lesión producida.” En este sentido, dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.³⁴

³⁴ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párr. 41.

105. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

a) Medidas de Rehabilitación

106. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

107. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, la atención psicológica y tanatológica que requieran, derivado de las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación con motivo del fallecimiento de V, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas.

108. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

109. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 64 a 72 y 88 Bis, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.³⁵

110. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

111. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, con motivo del fallecimiento de V, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

³⁵ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

c) Medidas de Satisfacción

112. 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.

113. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, para efecto de que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como lo relativo a la integración del expediente clínico de V, de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

114. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, el IMSS deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

115. 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.

d) Medidas de no repetición

116. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a

ocurrir, y de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

117. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS, implementen en el plazo de tres meses después, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección de la salud, el derecho a la vida y acceso a la información en materia de salud, con un enfoque para personas adultas mayores, así como la debida observancia y contenido de la Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad, Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-006-SSA3-2011, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos y para la Práctica de la Anestesiología y de Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, al personal médico de los Servicios de Neurocirugía, Anestesiología e Inhaloterapia de la UMAE y de manera particular a AR1, AR2, AR3 y AR4 en el caso de seguir 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.

118. Dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso y estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; éste será impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias de participación; una vez hecho eso, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias. Lo anterior para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

119. Asimismo, con objeto de prevenir hechos como los expuestos en el presente pronunciamiento, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las áreas de Neurocirugía, Anestesiología e Inhaloterapia de la UMAE con la finalidad

de que se cumplan las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten los recursos pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

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

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento

recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, con motivo del fallecimiento de V, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requiera QV, VI1, VI2 y quien acredite el derecho, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación con motivo del fallecimiento de V, la cual deberá otorgada por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, además de proveerle en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento previo e informado; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para efecto de que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como lo relativo a la integración del expediente clínico de V, de AR2, AR3 y AR4, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Las autoridades del IMSS deberán diseñar e impartir en el término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección de la salud, el derecho a la vida y acceso a la información en materia de salud, con un enfoque para personas adultas mayores,

así como la debida observancia y contenido de la Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad, Guía de Práctica Clínica Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-006-SSA3-2011, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos y para la Práctica de la Anestesiología y de Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, al personal médico de los Servicios de Neurocirugía, Anestesiología e Inhaloterapia de la UMAE y de manera particular a AR1, AR2, AR3 y AR4 en el caso de seguir 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. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en la que se incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las áreas de Neurología, Anestesiología e Inhaloterapia de la UMAE con la finalidad de que se cumplan las medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten los recursos pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto quinto.

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.

122. 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 tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

123. De conformidad con 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.

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

125. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, 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

RARR