

RECOMENDACIÓN NO. 142/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, ATRIBUIBLES A PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6 Y AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 6 “DR. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CIUDAD MADERO, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2023

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

Apreciable director general:

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, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2020/2126/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su

publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 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; 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 último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18, 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 son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo, en Adultos. Evidencias y Recomendaciones. IMSS-286-10	GPC-Sarcoma de tejidos blandos
Guía de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de Radiodermatitis Aguda. Evidencias y Recomendaciones. IMSS-693-13	GPC-Radiodermatitis aguda
Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento de Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo, en Adultos. IMSS-286-10	GRR-Sarcoma de tejidos blandos
Hospital General Regional No. 6 "Dr. Ignacio García Téllez" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Madero, Tamaulipas	HGR-6
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Madero, Tamaulipas	UMF-6

I. HECHOS

5. El 24 de enero de 2020, QVI presentó queja ante esta Comisión Nacional, en la que manifestó que su familiar V ingresó el 8 de ese mes y anualidad al HGR-6 debido a que presentaba un sangrado en la pierna derecha por un tumor en el cuádriceps, donde se le diagnosticó sarcoma; sin embargo, el médico oncólogo que lo valoró le indicó que, por no recibir limpieza en el área afectada, “(...) ya no [tenía] remedio (...)”, razón por la cual lo querían dar de alta, situación con la que no estaba de acuerdo.

6. Para la debida atención del caso, personal de este Organismo Nacional realizó diversas gestiones inmediatas con personas servidoras públicas del IMSS con la finalidad de que le brindaran atención médica adecuada y oportuna a V, quienes con posterioridad informaron que su estado de salud era grave, fase terminal, con un diagnóstico de histiocitoma¹ maligno en muslo derecho, sepsis² de tejidos blandos y anemia severa³.

7. El 20 de febrero de 2020, QVI informó que V ya había fallecido, sin que precisara la fecha, por lo que solicitó que este Organismo Nacional investigara la atención médica

¹ Tumor poco frecuente de tejidos blandos (tejidos corporales no óseos como los músculos, la grasa, el tejido fibroso, los vasos sanguíneos o cualquier otro tejido conjuntivo del cuerpo), caracterizado por un nódulo subcutáneo, por lo general indoloro, de crecimiento lento localizado predominantemente en las extremidades y, con menor frecuencia en el tronco o en la región de la cabeza y del cuello.

² La sepsis o septicemia es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección.

³ La anemia es una afección por la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos; cuando ésta es severa se puede afectar la funcionalidad de diversos órganos del cuerpo.

que se le brindó a su familiar.

8. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2020/2126/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia de los expedientes clínicos de V que se integraron en el HGR-6 y en la UMF-6, con informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Queja presentada por QVI el 24 de enero de 2020, en la que señaló que, V se encontraba internado en el HGR-6 por un sangrado en su pierna derecha, no le realizaban las curaciones que requería y le informaron que lo darían de alta.

10. Correos electrónicos del 25, 26 y 29 de enero de 2020, en los que personal del IMSS informó el estado de salud en el que se encontraba V.

11. Acta circunstanciada del **fecha de fallecimiento**, en la cual se hizo constar que QVI refirió que V había fallecido y solicitó a esta Comisión Nacional que se investigaran los hechos.

12. Oficio 095217614C21/1015 del 10 de septiembre de 2020 y correo electrónico del 15 de febrero de 2021, mediante los cuales el IMSS remitió a esta Comisión Nacional copia de los expedientes clínicos de V integrados en la UMF-6 y en el HGR-6, entre otros documentos, de los que destacan los siguientes:

❖ UMF-6

12.1. Nota médica de las 17:37 horas del 6 de marzo de 2017, suscrita por el médico familiar AR1, en la que asentó que V acudió por presentar masa a nivel de muslo derecho e integró el diagnóstico lipoma⁴ a descartar quiste de muslo derecho⁵; prescribió antiinflamatorio y complejo B e indicó cuidados generales y datos de alarma (sin precisar cuáles), cita abierta a urgencias y manejo conservador.

12.2. Solicitud de referencia-contrarreferencia de 14 de marzo de 2018, en la que el médico tratante que valoró a V integró el diagnóstico de lipoma y lo remitió a la especialidad de Cirugía General del HGR-6 para tratamiento especializado.

❖ **HGR-6**

12.3. Nota de atención médica de las 11:50 horas del 16 de marzo de 2018, en la que AR2 médico adscrito al servicio de Cirugía General indicó que V presentaba lesión multilobulada⁶, fibrosa de aproximadamente 3-4 cm en cara interna tercio medio muslo derecho y en tejido subcutáneo, semi móvil, solicitó preoperatorios para resección biopsia e integró el diagnóstico de lipoma en muslo derecho.

12.4. Nota médica de las 11:45 horas del 24 de julio de 2018, en la que AR2 señaló que V presentaba “(...) dx de pb (probable) fibrolipoma⁷, aumento de volumen y zona fluctuante, se punciona o[b]teniendo 5-6 cc aprox de material hemático. Se envía a programación quirúrgica para resección local (...)”.

⁴ Bulto de grasa de crecimiento lento que la mayoría de las veces se sitúa entre la piel y la capa muscular.

⁵ Crecimiento anormal, generalmente no canceroso, lleno de líquido o una sustancia semisólida que a veces causa dolor.

⁶ Que tiene múltiples lóbulos (porción redondeada, cilíndrica o cónica, habitualmente carnosa, que sobresale de un órgano) o que está formado por ellos.

⁷ Formado por adipocitos maduros indistinguibles de la grasa normal.

12.5. Hoja de solicitud de registro de intervención quirúrgica del 24 de julio de 2018, suscrita por AR2 en la que programó la cirugía de resección de probable fibrolipoma para el 2 de agosto de 2018.

12.6. Hoja del servicio de Cirugía General de las 13:30 horas del 2 de agosto de 2018, en la que AR2 asentó que se llevó a cabo una incisión longitudinal⁸ sobre lesión encontrando hematoma crónico organizado⁹ de 5x5 cm y lo envió al servicio de Patología.

12.7. Nota de ingreso del 2 de agosto de 2018, en la que personal del servicio de Cirugía General asentó que V quedó a cargo de esa especialidad para completar antibioticoterapia y curaciones.

12.8. Notas médicas del 2 al 6 de agosto de 2018, suscritas por AR2 y personal médico del servicio de Cirugía General, las que reportaron la evolución quirúrgica de la herida de V.

12.9. Nota de cirugía general de las 06:40 horas del 6 de agosto de 2018, en la que AR2 otorgó el alta a domicilio de V, con indicaciones médicas consistentes en dieta normal, curación diaria y tratamiento farmacológico.

12.10. Nota médica de las 10:51 horas del 24 de agosto de 2018, en la que AR2 asentó que V “(...) presentó resultado histopatológico de biopsia tomada 2-3 días en medio particular previo al procedimiento realizado reportando tumoración

⁸ Atraviesa con un corte transversal piel, tejido subcutáneo y músculos rectos y ofrece una excelente exposición de la cavidad pélvica.

⁹ Los hematomas crónico organizados deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de masas de partes blandas superficiales y pueden ser similares a un absceso o incluso a una neoplasia.

maligna tipo sarcoma, se recabó biopsia tomada en el hospital reportando tumoración de probable histiocitoma maligno, presenta lesión con herida abierta, ulcera sangrante en región de muslo, se envió a oncología quirúrgico (...).

12.11. Hoja de Patología y Citología exfoliativa del 31 de agosto de 2018 en la que se reportó el diagnóstico de V con histiocitoma fibroso maligno¹⁰ de tipo pleomórfico¹¹ de 9 cm de eje mayor de localización subcutánea, ulcerado.

12.12. Nota médica de las 19:07 horas del 25 de septiembre de 2018, en la que AR3 adscrita al servicio de Oncología Médica señaló tumoración a nivel dorsal¹² derecho, integró el diagnóstico de sarcomatosis sitio no especificado e indicó radioterapia adyuvante.

12.13. Nota médica de las 18:06 del 23 de octubre de 2018, suscrita por AR3 en la que mencionó que V aún no iniciaba el tratamiento con radioterapia, dando cita hasta cuatro meses después.

12.14. Nota médica de las 18:15 horas del 23 de enero de 2019, en la que AR3 reportó que V se encontraba en radioterapia (RT) adyuvante 70 GYS¹³, en 33 fracciones (FX) con síntomas de radiodermatitis¹⁴ grado 3 en sitio quirúrgico¹⁵, integró el diagnóstico de sarcomatosis¹⁶ y solicitó la realización de diversos estudios y

¹⁰ Tipo de cáncer que por lo general se forma en el tejido blando, pero también se forma en el hueso.

¹¹ Que ocurre o puede ocurrir en diferentes formas.

¹² Crecimiento anormal en la espalda.

¹³ Unidad de medidas es el Gray "Gy" que es la energía absorbida por unidad de masa, la dosis total varía en función de la intención del tratamiento "radical o paliativa", yendo de 8 a 70 Gy, repartidos en fracciones diarias.

¹⁴ Conjunto de lesiones cutáneas que aparecen tras la exposición de la piel a radiaciones ionizantes.

¹⁵ Descamación húmeda en lugares distintos a los pliegues y sitios de flexión de la piel; sangrados con pequeños traumatismos o rozaduras conducta igual que en el grado II; además considerar el uso de apósitos absorbentes adecuados.

¹⁶ Diseminación de un sarcoma libremente en la cavidad peritoneal.

valoración por Cirugía Oncológica.

12.15. Nota médica de las 18:46 horas del 4 de marzo de 2019, en la que AR3 refirió que V acudió por presentar crecimiento de la adenopatía inguinal¹⁷ de 10 cm, el ultrasonido inguinal y la tomografía reportó el hallazgo de dos tumoraciones inguinales.

12.16. Nota médica de las 17:08 horas del 21 de marzo de 2019, suscrita por AR3 en la que asentó que la tumoración de V estaba progresando rápidamente sin ser candidato a rescate quirúrgico (cirugía).

12.17. Nota médica de las 20:23 del 17 de abril de 2019, en la que AR3 reportó V que acudió de manera espontánea por presentar náuseas grado 2, alopecia¹⁸ grado 2 y fatiga grado 2 por toxicidad de la quimioterapia y se indicó el mismo esquema.

12.18. Nota médica de las 18:20 del 8 de mayo de 2019, en la que AR3 señaló que V acudió para valoración y tratamiento, en la que se observó crecimiento de la tumoración a nivel inguinal.

12.19. Nota médica de las 18:25 horas del 20 de junio de 2019, en la que AR3 asentó que la tumoración estaba progresando rápidamente y cambió el diagnóstico a Sarcoma de Ewing¹⁹.

12.20. Notas médicas del 15 de julio y 9 de agosto de 2019, en las que personal

¹⁷ Incremento del tamaño, número o alteraciones en la consistencia de ganglios linfáticos localizados a nivel de la región inguinal.

¹⁸ Pérdida de cabello.

¹⁹ El sarcoma o tumor de Ewing afecta a las niñas y niños y personas adultas jóvenes. Generalmente comienza en las piernas, los huesos de la pelvis y los brazos. Los síntomas son dolor de hueso, inflamación localizada y sensibilidad. En algunos casos, también puede haber fracturas de hueso.

del servicio de Oncología Quirúrgica valoró a V e indicó que se encontraba en una fase avanzada con tumor no resecable²⁰.

12.21. Nota médica de las 20:16 del 5 de agosto de 2019, en la que AR3 le brindó tratamiento con quimioterapia a V.

12.22. Nota de atención médica de las 08:29 horas del 10 de septiembre de 2019, en la cual AR3 refirió que V acudió de forma espontánea y reportó condición de salud

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

12.23. Hoja de reporte de radiología de tomografía de abdomen del 11 de noviembre de 2019, en el que se sugirió a consideración de médico tratante complementar con estudio contrastado²¹ o resonancia magnética²².

12.24. Nota de ingreso al HGR-6 del 18 de noviembre de 2019, en la que se señaló que V se incorporó al servicio de Medicina Interna previa valoración por Cirugía General, quienes determinaron que no era candidato a tratamiento quirúrgico.

12.25. Nota médica del 25 de noviembre de 2019, en la que personal de Oncología Médica solicitó intervención por la especialidad de Oncología Quirúrgica.

12.26. Nota del 28 de noviembre de 2019, elaborada por personal del servicio de Oncología Médica, en la que se asentó que no hay mayor tratamiento a ofrecer a V,

²⁰ Que no es candidato a extirpación quirúrgica.

²¹ Proporcionan cierta información que las radiografías convencionales no arrojan.

²² Estudios con imágenes que usan un gran imán y ondas de radio para observar órganos y estructuras que se encuentran al interior del cuerpo.

por lo que lo dan de alta por máximo beneficio.

12.27. Nota médica inicial de Urgencias de las 15:09 horas del 8 de enero de 2020, en la que se señaló a V con hemorragia en mulso derecho y se determinó su ingreso para manejo.

12.28. Notas médicas del 10, 13, 18 y 19 de enero, en la que se asentó que V recibió atención médica por parte de los servicios de Oncología Quirúrgica, Medicina Interna, respectivamente.

12.29. Nota médica del 20 de enero de 2020, en el que personal del servicio de Oncología Médica señaló que V únicamente era candidato a control paliativo y sugirió egreso por máximo beneficio.

12.30. Nota de defunción suscrito por personal del HGR-6, en el que se asentó que V falleció a las **fecha de fallecimiento**, por histiocitoma maligno y sepsis de tejidos blandos.

13. Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional el 19 de agosto de 2021, por el que el IMSS envió copia del acuerdo de 14 de abril de esa anualidad, en el cual se establece que la Comisión Bipartita determinó como improcedente la Queja Administrativa desde el punto de vista médico.

14. Opinión Médica del 30 de enero de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a V en la UMF-6 y en el HGR-6 fue inadecuada.

15. Acta circunstanciada del 14 de junio de 2023, en la que se asentó la comunicación telefónica sostenida entre personal de esta Comisión Nacional y QVI, quien informó que

no presentó queja en el OIC-IMSS, ni denuncia penal por los hechos que derivaron en el fallecimiento de V.

16. Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional el 26 de junio de 2023, mediante el cual el IMSS remitió copia del oficio 29092062151/SUBDIR/474/2023 del 1 de junio de 2023, en el que se informó que AR1, AR2 y AR3 se encuentran activos en ese Instituto.

17. Acta circunstanciada del 9 de agosto de 2023, en la que se hizo constar la llamada telefónica que personal de la CNDH sostuvo con QVI, quien refirió la edad y los nombres de sus familiares VI1, VI2 y VI3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 19 de agosto de 2021, esta Comisión Nacional tuvo conocimiento de que el caso de V se sometió a consideración de la Comisión Bipartita, la cual, mediante acuerdo de 14 de abril de ese año, determinó improcedente la Queja Administrativa desde el punto de vista médico, en virtud de que:

(...) el paciente ingresó a Urgencias [del HGR-6] con sangrado de tumor maligno de muslo derecho de dos años de evolución, fuera de tratamiento quirúrgico (ya que en su momento rechazó tratamiento radical), el hecho de realizar curación o quitar la comprensión, comprometía su vida debido a la afección de vasos femorales e ilíacos, por tal motivo solo se pudo ofertar tratamiento paliativo. En todo momento se atendió al paciente de forma oportuna, con múltiples valoraciones por los diferentes servicios (...).

19. Por otra parte, este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitan establecer que se hubiese iniciado algún procedimiento administrativo en el OIC-IMSS

y/o carpeta de investigación relacionados con la atención médica brindada a V en la UMF-6 y en el HGR-6.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2020/2126/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, atribuibles al personal médico de la UMF-6 y del HGR-6, con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

21. 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 nivel²³, reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

22. Asimismo, la SCJN ha establecido que:

²³ CNDH. Recomendaciones 1/2023, párrafo 34; 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la 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, y condiciones sanitarias adecuadas (...).²⁴

23. El párrafo 1 de la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, reconoce que la salud es “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”²⁵.

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

25. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15²⁶ “Sobre el derecho a la protección de la salud” 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

²⁴ Tesis 1ª./J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, página 164, registro digital 167530.

²⁵ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en su 22º periodo de sesiones, celebradas del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

²⁶ Emitida en fecha 23 de abril de 2009.

médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.²⁷

26. 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.

27. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país²⁸. En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

28. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el *Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*²⁹, consideró que “Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana.”

²⁷ Página 16.

²⁸ Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

²⁹ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

29. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, adscrito a la UMF-6, AR2 y AR3, adscritos al HGR-6, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante, según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracciones I, de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS y 7 del Reglamento del IMSS, vigentes al momento de los hechos, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección de la salud, lo que se tradujo en una mala praxis³⁰ y en consecuencia, la evidente violación al derecho humano a la protección de la salud de V, que derivó en la pérdida de su vida, como se analizará posterior a sus antecedentes clínicos.

30. Resulta importante señalar que, en 2017 V acudió al servicio médico del IMSS, al advertir su padecimiento en su pierna derecha y desde ese momento, conforme a las evidencias con las que cuenta esta Comisión, se le dio una atención médica deficiente, misma que continuó siendo inadecuada en los subsecuentes años.

A.1. Antecedentes clínicos de V

31. V, persona adulta al momento de los hechos, negó antecedentes patológicos, quirúrgicos y alérgicos.

³⁰ Registro digital: 2002570, Instancia: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Décima Época, Materia(s): Civil, Tesis: 1a. XXVII/2013 (10a.), Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tipo: Tesis Aislada. MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que 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. Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.

A.2. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Atención médica brindada en la UMF-6

32. El 6 de marzo de 2017, a las 17:37 horas, V acudió a la UMF-6 “por presentar masa a nivel de muslo derecho”; fue atendido por el médico familiar AR1, quien en su nota médica asentó que inició su padecimiento hace tres meses, con masa palpable no dolorosa, a nivel de cara posterior de muslo derecho, la cual había ido incrementando de tamaño. A la exploración física, AR1 lo encontró con “extremidades a nivel de muslo derecho cara posterior con masa palpable de aproximadamente 3x3 cm, dura, fija, no dolorosa, resto de extremidades integra”, por lo que prescribió antiinflamatorio y complejo B e indicó cuidados generales y datos de alarma (sin precisar cuáles), cita abierta a urgencias y manejo conservador.

33. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que AR1 desestimó la importancia de un crecimiento en la extremidad inferior derecha y solo se concretó a dejar indicaciones de cuidados generales y datos de alarma (sin indicar cuáles), con cita abierta ante cualquier eventualidad, en manejo conservador; integró un diagnóstico erróneo de lipoma, a descartar “quiste muslo derecho”, le recetó diclofenaco, antiinflamatorio no esteroideo de tejidos blandos, que no tiene ninguna acción en la grasa de la cual está constituido un lipoma, y complejo B; y omitió solicitar una radiografía de la extremidad inferior derecha o un ultrasonido de la lesión, estudio que hubiese descartado o confirmado la presencia del quiste y/o lipoma.

34. Por lo expuesto, en opinión del personal médico de esta CNDH, el manejo médico de AR1 fue inadecuado al no establecer un protocolo diagnóstico y, por lo tanto, no integrar un diagnóstico certero, e indicar un tratamiento solo sintomatológico basado en analgésico y vitaminas que no brindarían ninguna mejoría, por lo que incumplió con el

artículo 7 del Reglamento del IMSS, que dice:

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 (...).*

35. El 14 de marzo de 2018, V acudió nuevamente a la UMF-6, donde fue atendido por un médico familiar que realizó una solicitud de referencia y contrarreferencia a la especialidad de Cirugía General del HGR-6, por tratarse de una “tumoración en cara posterior pierna derecha de un año de evolución, niega dolor, refiere ha aumentado de tamaño”. En opinión de personal médico de este Organismo Nacional, si bien es cierto, el médico integró un diagnóstico de probable lipoma, también lo es que, de manera correcta, ante el hallazgo de la tumoración en pierna derecha, envió a V a un hospital de segundo nivel de atención para manejo especializado por el servicio de Cirugía General, criterio que fue adecuado y apegado a la GPC-Sarcoma de tejidos blandos³¹.

❖ Atención médica brindada en el HGR-6

36. El 16 de marzo de 2018, a las 11:50 horas, V acudió al HGR-6, donde fue atendido por AR2, médico adscrito al servicio de Cirugía General, quien indicó que a la exploración física lo encontró con “lesión multilobulada, fibrosa de aproximadamente 3-4 cm en cara interna tercio medio muslo derecho, bien delimitada y en tejido subcutáneo, semi móvil”, por lo que solicitó preoperatorios para resección biopsia, estableciendo como diagnóstico lipoma muslo derecho.

³¹ Que establece que se debe sospechar el diagnóstico de sarcoma de tejidos blandos en una extremidad, si la persona paciente presenta cualquiera de los siguientes datos clínicos: Tumor mayor a 5 cm, aumento en el tamaño de un tumor ya conocido o en vigilancia, tumor adherido o por debajo de la fascia, presencia de dolor en zona de tumoración; también recomienda referir de forma temprana al nivel de atención correspondiente (servicio especializado), a las personas pacientes que presenten algún tumor en extremidades y que tenga una o más de las características antes mencionadas.

37. En la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que AR2, a pesar de ser un especialista y saber los protocolos para establecer un diagnóstico de certeza, omitió solicitar radiografía, ultrasonido y/o resonancia magnética, toda vez que antes de programar una cirugía tenía la obligación de establecer un diagnóstico idóneo y, a partir de ello, planear el mejor manejo con un equipo interdisciplinario (Oncología, Anestesiología, Medicina Interna y Patología); además, solamente se concretó a solicitar laboratorios clínicos y no de gabinete (como la radiografía y/o el ultrasonido) y minimizó la gravedad de la lesión al solo indicar que era un lipoma, para lo cual también debió requerir radiografía diagnóstica; por ello, el manejo médico de AR2 no fue apegado al artículo 7 del Reglamento del IMSS ya citado, por no establecer un diagnóstico de certeza. Además, en opinión de personal médico de esta CNDH, V cumplía con varias características para sospechar la presencia de un sarcoma de partes blandas como era la edad (40-50 años), la tumoración y localización (extremidades), y el crecimiento, datos clínicos que pasaron desapercibidos por AR2.

38. El 24 de julio de 2018, a las 11:45 horas, V volvió a acudir al HGR-6, donde fue valorado nuevamente por AR2, quien asentó en su nota el diagnóstico “(...) de pb fibrolipoma, aumento de volumen y zona fluctuante, se punciona obteniendo 5-6 cc aprox. de material hemático. Se envía a programación quirúrgica para resección local (...)”.

39. Al respecto, personal médico de este Organismo Nacional indicó que la conducta médica de AR2 fue inadecuada, ya que realizó una punción a la tumoración sin conocimiento previo de una imagen radiográfica, aunado a que el personal médico de Cirugía General no está capacitado para realizar toma de biopsia, pues esto corresponde al personal de Radiología, quienes cuentan con equipo especializado para ello, dirigido por ultrasonografía; se aclaró que este hecho condicionó que se rompiera la cápsula de

tumor y se ulcerara, tal como se verá en la descripción del estudio patológico posteriormente, por lo que se contravino la GPC- Sarcoma de tejidos blandos³².

40. Ese mismo día, AR2 continuó con el trámite para la cirugía y fue requisitada la Solicitud de Registro de Intervención Quirúrgica, en la que se indicó que el diagnóstico preoperatorio era probable fibrolipoma, que se realizaría una resección y que se utilizaría anestesia local; finalmente, la cirugía se programó el 2 de agosto de 2018, sin contar con diagnóstico de certeza de la naturaleza o etiología de dicho crecimiento anormal en la pierna derecha, de acuerdo con lo establecido en la Opinión Médica de este Organismo Nacional.

41. El 2 de agosto 2018 a las 13:30 horas, AR2 realizó la citada resección dejando asentado la siguiente descripción quirúrgica: “(...) previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza incisión longitudinal sobre lesión encontrando hematoma crónico organizado. Se realiza drenaje del mismo y se toma muestra de tejido fibroso para enviar a patología. Se realiza lavado mecánico y se dejan dos gasas empaquetadas previa realización de hemostasia³³, se coloca vendaje compresivo. Hallazgos: hematoma crónico organizado de 5x5 cm de diámetro con capsula fibrosa, se envía muestra a Patología. Sube a piso a completar antibioticoterapia (...)”.

42. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que el diagnóstico de AR2 de “hematoma crónico organizado” no tiene fundamento clínico, ya

³² Que recomienda enviar a Cirugía Oncológica a aquellas personas pacientes que cumplan con uno o más de los criterios para sospecha de sarcoma de tejidos blandos, con tomografía axial computada simple y contrastada de la región anatómica afectada. Asimismo, se aclara que la resonancia magnética se prefiere sobre la tomografía, para el tumor primario en sarcoma de tejidos blandos de extremidad, indicando que no se debe hacer procedimiento de biopsia ya que el objetivo del primer abordaje quirúrgico es la resección total del tumor.

³³ Mecanismo de defensa del organismo que se activa tras haber sufrido un traumatismo o lesión que previene la pérdida de sangre del interior de los vasos sanguíneos.

que V no tenía antecedentes de haberse golpeado la extremidad derecha para pensar que fuese un “hematoma crónico” y por la evolución de más de un año y medio, tampoco era compatible con tal diagnóstico, ya que los hematomas se reabsorben; además, se estableció que tampoco se trató de un lipoma, lo que comprobó que AR2, antes de someter al paciente a una extirpación quirúrgica, debió solicitar una radiografía y/o un ultrasonido para establecer un diagnóstico certero. Por tal razón, su manejo médico no fue apegado a la GPC-Sarcoma de tejidos blandos³⁴, ni al algoritmo 1 y 2 de la GRR-Sarcoma de tejidos blandos³⁵, al tratarse el HGR-6 de un hospital de segundo nivel de atención que cuenta con los recursos tecnológicos para toma de radiografía y/o ultrasonografía, aunado a que la resección quirúrgica la debió realizar un especialista en Oncología Quirúrgica previa estadificación³⁶ del tumor.

43. Posterior a la cirugía (extirpación de tumoración de pierna derecha), V ingresó al servicio de Cirugía General, para completar tratamiento con antibiótico y curaciones; permaneció hospitalizado del 2 al 5 de agosto de 2018, con buena evolución de la herida quirúrgica, por lo que fue dado de alta hospitalaria el 6 de ese mes y año por AR2, por tolerar la vía oral, deambular con asistencia, con dolor leve en herida quirúrgica, herida sin datos de infección, sin datos de sangrado activo, con indicaciones médicas de dieta normal, protector de la mucosa gástrica, antibiótico de amplio espectro, analgésico y antiinflamatorio y curación diaria, lo cual, en opinión de personal médico de esta CNDH, fue inadecuado por no contar con un diagnóstico certero previo a la cirugía y posterior a ella, al omitir un protocolo de diagnóstico, por lo que AR2 incumplió con el artículo 7 del Reglamento del IMSS ya señalado con anterioridad.

³⁴ Que recomienda que, ante la sospecha clínica de sarcoma de extremidades, en un segundo nivel de atención, se solicite tomografía axial computada o resonancia magnéticas para determinar la extensión de la enfermedad.

³⁵ Que establecen los pasos a seguir para el diagnóstico clínico del sarcoma de tejidos blandos y las pruebas diagnósticas que deben realizarse.

³⁶ Proceso para definir cuánto cáncer hay en el cuerpo (tamaño del tumor) y si el cáncer se diseminó.

44. El 24 de agosto de 2018, V se presentó a consulta externa de Cirugía General del HGR-6 y fue atendido por AR2, quien asentó que su nota médica que V presentó “resultado histopatológico de biopsia tomada 2-3 días en medio particular, previo procedimiento realizado reportando tumoración maligna tipo sarcoma, resultado que no presentó antes del procedimiento realizado en esta unidad. Se recaba biopsia tomada en este hospital reportando tumoración de Pb Histiocitoma maligno, presenta lesión herida abierta, ulcerada sangrante en región de muslo, se envía a Oncología Quirúrgica prioritario, lo dio de alta con pronóstico reservado ligado a evolución para la integridad de la extremidad y para la vida”.

45. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se indicó que esto confirma que, ante la ausencia de protocolo prequirúrgico apegado a la GPC-Sarcoma de tejidos blandos y a la GRR-Sarcoma de tejidos blandos, AR2 sometió a V a una extirpación quirúrgica de la tumoración de muslo derecho de manera irresponsable, causando complicaciones graves al estado de salud por acortamiento de la probabilidad de sobrevivida y a sus posibilidades de tratamiento adyuvante³⁷, siendo una de las complicaciones del manejo quirúrgico inadecuado que la herida quirúrgica de V no cerró por la presencia de actividad tumoral en los bordes quirúrgicos.

46. Asimismo, en el referido documento se indicó que no era responsabilidad de V la realización de estudios a nivel particular cuando contaba con servicio médico institucional; más bien, AR2 no realizó un diagnóstico oportuno previo a la cirugía, si no hasta que tuvo el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica, enviando a V al servicio de Oncología Quirúrgica de forma prioritaria cuando éste ya estaba complicado, por lo que no cumplió con los artículos 2, fracción V, y el multicitado 7 del Reglamento del IMSS:

³⁷ Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva.

Artículo 2, fracción V. *Atención médico quirúrgica: 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.*

47. El 31 de agosto de 2018, un médico del servicio de Patología y Citología Exfoliativa reportó en su informe que, una vez recibida la pieza quirúrgica, se tuvo como diagnóstico “Producto de resección amplia de tumor en miembro pélvico derecho: Histiocitoma fibroso maligno de tipo pleomórfico de 9 cm de eje mayor; de localización subcutánea; ulcerado, con índice mitótico mayor a 19 por cada 10 campos de alto poder y con necrosis en más del 50%. Grado 3 de la Federación Francesa (alto grado). Permeación linfovascular ausente. Bordes quirúrgicos sin lesión. (Profundo a 0.3 cm y resto de los márgenes a más de 1 cm). TNM=T2aNxMx”.

48. Lo cual, en opinión del personal de esta CNDH, confirma el diagnóstico de malignidad, toda vez que no era una lipoma ni un hematoma crónico, si no un histiocitoma fibroso maligno de tipo pleomórfico de 9 cm, tumoración ya ulcerada en más del 50 % de la superficie³⁸ y con índice mitótico³⁹ mayor a 19 células por cada 10 campos, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se traduce en un alto grado de reproducción de células cancerígenas que revelaron un cáncer muy agresivo de rápida progresión, al cual se debía dar tratamiento especializado urgente, con ampliación de los márgenes quirúrgicos y radioterapia, previa realización de tomografía de tórax abdomen y pierna derecha; por todos los datos histopatológicos, el médico correctamente estableció una clasificación TNM=T2aNxMx (tumor en grado II, sin ganglios contaminados ni metástasis).

³⁸ La cápsula que lo recubre se encontraba rota lo que nos indica en alto grado de metástasis.

³⁹ Describe el número de células que se encuentran en proceso de división en una cierta cantidad de tejido de melanoma.

49. Ante tal reporte histopatológico, personal médico de esta CNDH indicó que la literatura médica y la GPC-Sarcoma de tejidos blandos, indican el protocolo de diagnóstico y tratamiento en casos de tumoraciones en partes blandas⁴⁰, con lo que se confirma que AR2 minimizó la gravedad de la “tumoración” en el muslo derecho, por el cual fue enviado para manejo especializado, y omitió realizar un protocolo de manejo de diagnóstico certero, con la realización de una radiografía y/o tomografía, ya que se encontraba en un hospital de segundo nivel, contando con la infraestructura para ello; de haber seguido el protocolo de diagnóstico, como lo establece la multicitada GPC-Sarcoma de tejidos blandos, y no realizar la cirugía, le hubiese brindado a V un mejor pronóstico de vida, a lo cual tenía derecho.

50. El 25 de septiembre de 2018, a las 19:07 horas, V acudió a consulta con AR3, médica adscrita al servicio de Oncología Médica del HGR-6, quien dejó constancia que contaba con diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno ECII (T2 N0 M0), postoperado

⁴⁰ El cual debe ser el siguiente: “Las tres variables más importantes para el pronóstico de los pacientes con STB [sarcoma de tejidos blandos] son: el grado histológico (determina la progresión y la probabilidad de diseminación), tamaño y localización del tumor primario. Las metástasis más frecuentes son a pulmones, aunque los STB que se originan en la cavidad abdominal dan metástasis más frecuentes a hígado y peritoneo. (...) El 60% de los pacientes con sarcoma de tejidos blandos debuta con un tumor en una extremidad que puede ser asintomático (...) Las características para sospechar malignidad de una tumoración en tejidos blandos son: tumor mayor a 5 cm, aumento en el tamaño de un tumor de tamaño estable, tumor adherido o por debajo de la fascia, presencia de dolor (cuando distorsiona la estructura o comprime estructuras adyacentes). Referir de forma temprana al nivel de atención correspondiente (servicio especializado) a los pacientes que presenten algún tumor en extremidades y que tenga una o más de las características mencionadas. El diagnóstico de un paciente con sospecha de sarcoma profundo en extremidades, comienza con una radiografía de la región afectada para descartar lesión primaria de hueso y una radiografía de tórax para descartar metástasis a pulmón (...) Para la estadificación en caso de lesiones de bajo grado, la radiografía de tórax es suficiente; en lesiones de alto grado o mayores a 5 cm se recomienda el uso de tomografía axial computada de tórax... La tomografía y/o resonancia magnética de extremidades, permite establecer la extensión de la enfermedad. Aunque la resonancia magnética permite una mejor definición de los grupos musculares y la afección a hueso (...) Ante la sospecha clínica de sarcoma de extremidades, en un segundo nivel de atención, solicitar tomografía axial computada o resonancia magnéticas para determinar la extensión de la enfermedad (...) La cirugía es el tratamiento primario estándar y su objetivo final es la resección RO: R=0 resección completa sin enfermedad microscópica residual. R1=Enfermedad microscópica residual. R2=Enfermedad residual macroscópica (...) La cirugía debe realizarse posterior a la valoración de cada caso por un equipo multidisciplinario. La cirugía de salvamento de la extremidad debe ser considerada en todo caso”.

de resección de tumoración de muslo derecho; indicó que V inició en 2017, “con crecimiento progresivo de lesión en muslo derecho (...) histiocitoma fibroso maligno de tipo pleomórfico de 9 cm de eje mayor subcutáneo (...) Análisis: (...) me llama la atención tumoración a nivel dorsal derecho. Plan: envío a radioterapia adyuvante”.

51. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que el manejo médico por parte de AR3 fue inadecuado, toda vez que omitió solicitar la realización de placa de tórax para búsqueda de metástasis, más aún que describió la presencia de una “tumoración a nivel dorsal”⁴¹, sin describir región anatómica exacta, tamaño y características de la superficie de la tumoración, así como solicitar tomografía axial computada de tórax y abdomen de manera urgente, ya que por la alta celularidad reportada en el estudio histopatológico, debió descartar la presencia de tumoraciones o metástasis torácicas e intraperitoneales, por lo que existió un claro desapego a los lineamientos de la GPC Sarcoma de tejidos blandos⁴².

52. Además, en virtud de que a V ya se le había realizado una cirugía previa sin control adecuado, lo correcto era indicar una segunda cirugía, por parte de Cirugía Oncológica junto con el servicio de Radio y Quimioterapia, para ampliar los bordes quirúrgicos hasta no encontrar lesiones cancerosas, tal como lo señala la GPC mencionada⁴³ y el algoritmo 2 de la GRR-Sarcoma de tejidos blandos⁴⁴, pues el reporte histopatológico concluyó la presencia de un histiocitoma maligno pleomórfico TNM=T2aNxMx.

⁴¹ Crecimiento anormal en la espalda.

⁴² Que establece lo siguiente: *...Ante la sospecha clínica de sarcoma de extremidades, en un segundo nivel de atención, solicitar tomografía axial computada o resonancia magnética para determinar la extensión de la enfermedad.*

⁴³ “R2=Enfermedad residual macroscópica (...) La cirugía debe realizarse posterior a la valoración de cada caso por un equipo multidisciplinario. La cirugía de salvamento de la extremidad debe ser considerada en todo caso”.

⁴⁴ Que refiere que ante un tumor etapa II (tumor resecable con resultado funcional aceptable), se deben considerar las siguientes opciones de tratamiento: cirugía, cirugía y radioterapia, radioterapia prequirúrgica y cirugía.

53. Asimismo, en la Opinión Médica se indicó que tampoco fue correcto derivar a V al servicio de Radioterapia para aplicación de “terapia adyuvante”, en el entendido que ese tratamiento está enfocado a ser administrado después del tratamiento primario (quirúrgico), para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva; siendo que en el caso de V, el cáncer no se eliminó por completo, tan es así que los bordes de la herida no habían cerrado y no iban a cerrar por que se encontraban con actividad tumoral, razón por la cual AR3 debió someter el caso a un consenso clínico multidisciplinario y normar conducta a seguir.

54. El 23 de octubre de 2018, a las 18:06 horas, V acudió a valoración con AR3, quien le dio cita 4 meses (sic) después, con lo que, en opinión del personal médico de esta CNDH, se puede argumentar dilación en el manejo, toda vez que el paciente era portador de un cáncer de alta malignidad y con manejo médico inadecuado.

55. El 23 de enero de 2019, V acudió a su consulta ya agendada en el servicio de Oncología Médica con AR3, quien indicó que V se encontraba en radioterapia adyuvante 70 GYS en 33 fracciones, con síntomas de radiodermatitis grado 3 en sitio quirúrgico, e integró el diagnóstico de sarcomatosis.

56. A la exploración física, reportó la presencia de adenopatía de 5 cm a nivel inguinal derecho, datos que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, eran sugestivos de metástasis a ganglios inguinales. Como plan de manejo indicó la realización de una ultrasonografía inguinal y una tomografía axial computada de abdomen, pelvis y tórax, sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, omitió solicitarlos de forma urgente, pues estos estudios eran necesarios desde el 25 de septiembre de 2018, cuando fue la primera consulta con AR3; de hecho, de haberlo hecho así, V hubiese tenido un diagnóstico certero a tiempo y un mejor pronóstico de vida, pues

en cuatro meses, el histiocitoma maligno evolucionó a grados mayores, sin que recibiera tratamiento médico adecuado.

57. En el mismo tenor, cuatro meses después de la primera cita en Oncología Médica (25 de septiembre de 2018), AR3 finalmente solicitó valoración por especialista en Cirugía Oncológica⁴⁵, pero de conformidad con la Opinión Médica de esta CNDH, omitió solicitarla de forma urgente, otorgando cita de control en seis semanas para seguimiento de caso. Además, omitió enviar a V al servicio de Dermatología por la radiodermatitis grado 3, por lo que incumplió con la GPC-Radiodermatitis aguda⁴⁶.

58. En la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que AR3 incurrió, de manera reiterada, en un manejo médico inadecuado, lo que condicionó que el cáncer maligno progresara rápidamente, lo cual se confirma con la nota médica del 4 de marzo de 2019, en la que se dejó constancia que V acudió sin cita al servicio de Oncología Médica por presentar crecimiento de la adenopatía inguinal, que en ese momento medía 10 cm, es decir, 5 cm más que la revisión anterior, además que el ultrasonido inguinal y la tomografía reportaron el hallazgo de dos tumoraciones inguinales (sin describir más características de dichas tumoraciones), con lo cual AR3 corroboró la recurrencia del histiocitoma fibroso maligno, misma que, como ya se mencionó, se pudo evitar si desde el mes de septiembre de 2018, V hubiera sido enviado de forma urgente al servicio de Oncología Quirúrgica; además de que, para ese momento, tampoco había sido valorado

⁴⁵ El no haberlo solicitado antes incumplió la GRR-Sarcoma de tejidos blandos que recomienda “Enviar a Cirugía Oncológica a aquellos pacientes que cumplan con uno o más de los siguientes criterios para sospecha de sarcoma de tejidos blandos en extremidades (...)”.

⁴⁶ Que establece: “(...) la vigilancia de la radiodermatitis se realiza de forma semanal aplicando la escala de evaluación para radiodermatitis aguda (...) Se recomienda la vigilancia y evaluación dermatológica semanal de los pacientes que reciben radioterapia y su seguimiento 2 semanas después de concluida la radioterapia (...) Deberá referirse al servicio de dermatología a todo paciente que presente algún grado de radiodermatitis aguda (...)”.

por dicha especialidad, sin que existan constancias o documentales médicas donde AR3 haya insistido en la atención por ese servicio y que se realizara de manera urgente.

59. Derivado de las múltiples omisiones, la evolución de V fue hacia el deterioro y avance del cáncer, V continuó bajo el inadecuado manejo a cargo de AR3, quien lejos de derivarlo a un tercer nivel de atención para que se normara diagnóstico certero y conducta médica por personal de Cirugía Oncológica, el 21 de marzo de 2019 dejó asentado en su nota médica que la tumoración estaba progresando rápidamente sin ser candidato a rescate quirúrgico, por lo que le indicó primer ciclo de quimioterapia.

60. Criterio médico que en opinión del personal médico de esta CNDH, fue incorrecto al no observar la aplicación de la GRR-Sarcoma de tejidos blandos⁴⁷ y conforme a la literatura médica radioterapéutica⁴⁸. En este sentido, en la Opinión Médica de esta CNDH se indicó que, sin tener un diagnóstico preciso del grado exacto de avance de la enfermedad (cáncer), ni su estadificación y sin revisión por personal del servicio de Oncológica Quirúrgica, inadecuadamente, AR3 decidió iniciar con la administración del primer ciclo de quimioterapia y le indicó un medicamento antiemético, cita en 21 días con laboratorios (sin especificar cuáles) y cita abierta a urgencias.

61. El 17 de abril de 2019, a las 20:23 horas, V acudió de manera espontánea con AR3, por presentar náuseas grado 2, alopecia grado 2 y fatiga grado 2 por toxicidad de la quimioterapia; al respecto, AR3 refirió buena respuesta a la quimioterapia, toda vez que a su decir, el tumor inguinal se encontraba sin crecimiento de 91x65 mm, así que continuó con el segundo ciclo de quimioterapia, mismo esquema.

⁴⁷ Que indica que ante la presencia de enfermedad recurrente, si la recurrencia del tumor está localizada se deberá realizar ampliación quirúrgica de márgenes o considerar administrar radioterapia si hay márgenes positivos.

⁴⁸ Que establece que en caso de recurrencia local, está indicada la resección amplia seguida de radioterapia postoperatoria o la amputación.

62. El 8 de mayo de 2019, a las 18:20 horas, V acudió con AR3 para valoración y continuidad de tratamiento y ésta observó crecimiento de la tumoración a nivel inguinal a 120x105 mm que invadía ingle derecha, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional quiere decir que la quimioterapia no estaba deteniendo el crecimiento de la tumoración; a pesar de ello, AR3 continuó con el tercer ciclo de quimioterapia, mismo esquema, y de forma inadecuada lo envió a radioterapia adyuvante, con cita abierta a urgencias y administración de antiemético.

63. El 20 de junio de 2019, a las 18:25 horas, V volvió a acudir con AR3, quien asentó en su nota que la tumoración estaba progresando rápidamente, por lo que cambiaría el esquema en razón de que el anterior “no le funcionó”; estableció el diagnóstico de sarcoma de Ewing. Al respecto, en la Opinión Médica se indicó que, de forma incorrecta, AR3 cambió el diagnóstico que ya estaba bien establecido a nivel histológico de histiocitoma fibroso maligno a sarcoma de Ewing, los cuales tienen diferente origen histológico y, por ende, diferente abordaje terapéutico. Aunado a ello, durante cuatro meses sometió a V a quimioterapias que no le brindarían mejoría, lo cual se confirmó con el crecimiento de la adenopatía inguinal, conducta que causó dilación a recibir un tratamiento médico idóneo para mejorar la sobrevivencia de V a lo cual tenía derecho. Al respecto, AR3, además de inobservar las GPC ya citadas, también incumplió con la aplicación del artículo 7 del Reglamento del IMSS.

64. El 15 de julio y el 19 de agosto de 2019 (16 meses después de su primera valoración el 16 de marzo de 2018), V fue atendido por un médico del servicio de Oncología Quirúrgica, quien a la exploración y revisión del caso, indicó que se encontraba en una fase avanzada con tumor no resecable, por el gran volumen de la tumoración y la evolución a ulceración de 4 cm de la tumoración ganglionar en región inguinal derecha; en la Opinión Médica se indicó que, de forma oportuna, el galeno detectó que el paciente cursaba con anemia moderada, por lo que indicó realizar hemo transfusión con un

paquete globular; además, sometió al paciente a radio y quimioterapia, previa información de los riesgos y reacciones secundaria, y le brindó tratamiento farmacológico. No obstante, la evolución de la enfermedad (histiocitoma maligno) progresó al deterioro, razón por la cual, sin tener posibilidades quirúrgicas, V fue derivado nuevamente al servicio de Oncología Médica para cuidados paliativos⁴⁹, cumpliendo con el algoritmo 2 de la GRR-Sarcoma de tejidos blandos⁵⁰.

65. El 5 de agosto de 2019, a las 20:26 horas, V acudió a su tratamiento con quimioterapia paliativa y el 10 de septiembre de esa anualidad, AR3 observó que a la tumoración inguinal derecha, además del crecimiento de la ulceración, se agregó olor fétido con otra tumoración de 5 cm del mismo lado de la pierna derecha, por lo que dejó indicaciones de continuar con sus ciclos de quimioterapia y lo derivó al servicio de Atención Médica Domiciliaria.

66. El 11 de noviembre de 2019, obra reporte del servicio de Radiología de tomografía de abdomen, en el que se indicó “Región inguinal derecha con dehiscencia de la piel de aproximadamente 80x45 mm, sin lograr evidenciar tumoración definida. A nivel de la cara interna de tercio medio de muslo derecho se observa tumoración ovoidea de bordes lobulados, asociados a estriación de la grasa periférica, de 100x83x90 mm, que condiciona aparente compresión del músculo sartorio y grácil⁵¹, no se descarta invasión de los mismos, adyacente otra imagen de similares características de 10x11 mm. Se sugiere a consideración de médico tratante complementar con estudio contrastado o RM [resonancia magnética]”, estudio que, en opinión de personal médico de esta CNDH,

⁴⁹ Son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos.

⁵⁰ Que indica que en el caso de enfermedad metastásica, si hay diseminación se deben ofrecer cuidados paliativos.

⁵¹ Músculo fino y más superficial de la parte interna del muslo.

confirma metástasis y no tumoración recurrente como AR3 lo indicó en su momento (4 de marzo de 2019).

67. Derivado de la presencia de metástasis y no tener oportunidad de curación (solo a tratamiento paliativo), el sarcoma denominado histiocitoma fibroso maligno continuó con su evolución natural hacia el deterioro del estado de salud de V, siendo que el 18 de noviembre de 2019, V acudió al HGR-6 por presentar “absceso en lecho quirúrgico”⁵², donde permaneció internado a cargo del servicio de Medicina Interna. Del interrogatorio realizado por personal de dicho servicio, se indicó que V “(...) inici[ó] hace dos días al presentar sangrado abundante en sitio de lesión de tumoración en muslo, motivo por el cual acude a valoración en servicio de Urgencias. Se toman laboratoriales de control donde se demuestra anemia severa, y se decide iniciar manejo con la hemotransfusión de un paquete globular”.

68. Posteriormente se solicitó valoración por especialistas en Cirugía General quienes establecieron que no era candidato a tratamiento quirúrgico y se recomendó manejo con curaciones diarias; durante su estancia le fueron realizados controles hemáticos con los que se normó conducta para transfusiones sanguíneas, las cuales fueron parte de su manejo paliativo, por lo que su evolución cursó sin cambios.

69. El 25 de noviembre de 2019, V fue interconsultado por una doctora del servicio de Oncología Médica, quien solicitó la intervención de Oncología Quirúrgica; una vez que V fue valorado por personal de este servicio, se le planteó realizar tratamiento quirúrgico de hemipelvectomía⁵³, debido a que no era posible la resección tumoral; sin embargo, V no aceptó dicho tratamiento hasta ser valorado por otro cirujano oncólogo. Al respecto, en opinión de personal de esta Comisión Nacional, V ya no era candidato a

⁵² Proceso infeccioso en la cara interna del muslo derecho donde fue operado en agosto del 2018.

⁵³ Extirpación de toda la extremidad inferior y de parte de los huesos pelvianos.

hemipelvectomía de acuerdo a la GRR-Sarcoma de tejidos blandos, si no solo a tratamiento paliativo, mismo que fue administrado de forma correcta. Finalmente, el 28 de noviembre de 2019, V fue dado de alta.

70. El 8 de enero de 2020, V reingresó al HGR-6 en malas condiciones generales (extremidad inferior derecha con importante edema, piel brillante, con cambios de coloración, las áreas ulceradas tumorales con presencia de larvas, los vendajes compresivos empapados de restos hemáticos y con olor fétido, sin presencia de exudado purulento y conservado aún llenado capilar distal). Permaneció hospitalizado en el servicio de Medicina Interna y durante su estancia se le brindó adecuadamente manejo paliativo para el dolor, analgésicos, antieméticos, manejo con bomba de infusión con vasopresores por estado hipovolémico y curaciones; fue valorado por los servicios de Medicina Interna, Oncología Médica y Oncología Quirúrgica.

71. El 20 de enero de 2020, una doctora del servicio de Oncología Médica señaló que V sólo era candidato a control paliativo y egreso por máximo beneficio⁵⁴, que es parte de los cuidados paliativos; sin embargo, QVI no aceptó el alta hospitalaria, siendo éste su primer motivo de queja ante este Organismo Nacional; derivado de las acciones implementadas por personal de esta CNDH, V permaneció hospitalizado y, durante su estancia en ese nosocomio, recibió manejo paliativo, transfusiones sanguíneas, antibioticoterapia y le colocaron un catéter venoso central. No obstante, el 10 de febrero de 2020, se le realizó lavado en cama y se observó sangrado activo, con datos de respuesta inflamatoria sistémica, taquicárdico y con deterioro neurológico, por lo que se comentó con familiares las altas probabilidades de fallecimiento; a las narración de hec horas, V ya

⁵⁴ Es al alta del paciente de una institución de salud cuando ésta ya no puede proporcionar servicios de mejoría o curación, por las características de la enfermedad, por lo que es recomendable que la persona paciente esté el resto de su vida en su domicilio.

no presentó pulso, ni respiración, por lo que señaló como hora de defunción las narración de hec horas, con causas de defunción histiocitoma maligno y sepsis de tejidos blandos.

72. En este sentido, la conducta de AR1, de la UMF-6, y de AR2 y AR3, del HGR-6, vulneró el derecho humano a la salud de V al no haberle brindado la atención médica que requería, a través de prestaciones de salud oportunas y de calidad que pudieran ofrecerle un mejor pronóstico de vida.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

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

74. Al respecto, la CrIDH ha establecido que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se

requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.⁵⁵

75. Por otra parte, esta Comisión Nacional, en la Recomendación 39/2021⁵⁶ señaló que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, 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; 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”.

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

77. En ese sentido, 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 (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el

⁵⁵ CrIDH, “Derecho a la Vida”, *CUADERNILLO DE JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS*, núm. 21, p. 5. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

⁵⁶ Emitida el 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)"⁵⁷.

78. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, personal médico de la UMF-6, así como por AR2 y AR3, personal médico del HGR-6, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

79. En este tenor, AR1 y AR2 no establecieron un protocolo diagnóstico en el que a V se le practicaran radiografías, ultrasonidos, tomografías o resonancias magnéticas a fin de se le brindara un diagnóstico certero. Por su parte, AR2 realizó punción de la tumoración y extracción del contenido hemático y lo sometió a extirpación quirúrgica, lo que ocasionó complicaciones graves al estado de salud de V por acortamiento de la probabilidad de sobrevivida y disminuyó las opciones de tratamiento, asimismo no fue referido al servicio de Oncología Quirúrgica.

80. De igual manera, AR3 aun cuando V ya contaba con el diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno, no solicitó la realización de manera urgente de una tomografía axial computada de tórax y abdomen para descartar la presencia de tumoraciones o metástasis, además solicitó la intervención del servicio de Oncología Quirúrgica para ampliar los bordes quirúrgicos, lo que provocó que el padecimiento de V evolucionara a grados mayores y no recibiera tratamiento médico adecuado, lo que contribuyó que a la postre el tumor se considerara no resecable por encontrarse en una fase avanzada, evolucionara a metástasis inguinales, ya sin posibilidades de manejo quirúrgico y que únicamente fuese candidato a cuidados paliativos.

⁵⁷ Tesis P. LXI/2010, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", *SEMANARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SU GACETA*, Novena época, tomo XXXIII, enero de 2011, página 24, registro digital 163169.

81. Finalmente, el 10 de febrero de 2020, a las [redacted] horas, V falleció, al no presentar pulso ni respiración, como consecuencia de histiocitoma maligno y sepsis de tejidos blandos.

82. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 vulneraron en agravio de V, su derecho a la protección de la salud y, como consecuencia de ello, a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero; 4o., párrafo cuarto, y 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que las personas usuarias tendrán derecho a recibir un tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

83. Por lo expuesto, se acredita que la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V con base en lo siguiente:

83.1. El 6 de marzo de 2017 AR1 integró un diagnóstico erróneo de “lipoma”, omitió solicitar una radiografía de la extremidad inferior derecha o un ultrasonido de la lesión, estudio que hubiese descartado la presencia del quiste y/o lipoma; indicó tratamiento sintomático que no brindó ninguna mejoría y favoreció a que la enfermedad progresara, además no indicó seguimiento.

83.2. Del 16 de marzo al 24 de agosto de 2018 AR2 omitió solicitar radiografía, ultrasonido y/o tomografía de la tumoración localizada en pierna derecha de V, derivado de ello integró diagnóstico erróneo de lipoma, fibrolipoma y posteriormente de hematoma crónico; realizó incorrectamente punción de la tumoración y extracción de contenido hemático; sometió al paciente a una extirpación quirúrgica el 2 de agosto de 2018 sin tener diagnóstico certero. También omitió referir a V de manera urgente al servicio especializado de Oncología Quirúrgica, a pesar de contar con el resultado histopatológico por el que se estableció el diagnóstico de histicitoma fibroso maligno.

83.3. Del 25 de septiembre de 2018 al 20 de junio de 2019 AR3 omitió referir a V de forma urgente al servicio de Oncología Quirúrgica y solicitar de manera urgente una tomografía axial computada de tórax y abdomen para descartar la presencia de tumoraciones o metástasis; sometió a V a tratamiento de quimioterapia no siendo el idóneo, por lo que causó dilación en la atención y manejo de V; omitió referirlo al servicio de Dermatología, puesto que como efecto secundario de las radioterapias presentó radiodermatitis.

84. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia, constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas

adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

85. En consecuencia, esta Comisión Nacional a partir de las evidencias analizadas, acreditó la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, personas servidoras públicas adscritas al IMSS; sin embargo, si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió por tratarse de hechos sucedidos de 2017 a 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V, se les sancione conforme a derecho y que hechos violatorios como los que dieron lugar a la presente recomendación no vuelvan a ocurrir.

86. Por lo anterior, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III, 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 63 del Reglamento Interno de la CNDH, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente una denuncia ante la Fiscalía General de la República, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

87. 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 LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

88. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, por lo cual se les deberá inscribir a V, así como a QVI, VI1, VI2 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que accedan a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

89. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de

cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

i. Medidas de Rehabilitación

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

91. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV atendiendo a la LGV, deberá proporcionar en caso de requerirlo a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género.

92. Esta atención psicológica y tanatológica deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciendo información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

93. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material y/o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”⁵⁸.

94. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la LGV.

95. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁵⁸ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

iii. Medidas de Satisfacción

96. 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 I, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

97. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, instruyan a quien corresponda, a fin de que se colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará por la inadecuada atención médica que se le proporcionó a V, en la UMF-6 por AR1 y, en el HGR-6 por AR2 y AR3 y, quien resulte responsable, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

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

iv. Medidas de no repetición

99. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la LGV, 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.

100. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán impartir en el término de seis 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 relacionado con el derecho a la protección a la salud y a la vida en términos de la legislación nacional e internacional, así como la debida observancia y contenido de la GPC-Sarcoma de tejidos blandos, GPC-Radiodermatitis aguda y GRR-Sarcoma de tejidos blandos dirigido al personal médico de los servicios de Medicina Familiar, Cirugía General y Oncología Médica de la UMF-6 y HGR-6, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos en dicha Institución; 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 ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

101. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las

acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

102. 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, así como a QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, 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 atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y tanatológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal

profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado; debiendo considerar en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos por el tiempo que sea necesario, en caso de requerirlos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y, quien resulte responsable, ante la Fiscalía General de la República, por la inadecuada atención médica que se le proporcionó a V, en la UMF-6 y en el HGR-6, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis 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 relacionado con el derecho a la protección a la salud y a la vida en términos de la legislación nacional e internacional, así como la debida observancia y contenido de la GPC-Sarcoma de tejidos blandos, GPC-Radiodermatitis aguda y GRR-Sarcoma de tejidos blandos dirigido al personal médico de los servicios de Medicina Familiar, Cirugía General y Oncología Médica de la UMF-6 y HGR-6, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos en dicha Institución; 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 ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

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

103. 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 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 1, 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.

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

105. 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.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM