

RECOMENDACIÓN NO. 181 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI Y VI, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 29 de septiembre de 2023

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; así como 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2020/10638/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 sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, 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; así como, 1º, 3º, 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 1º, 6º, 7º, 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 compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones 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 Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV / Comisión Ejecutiva

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional / Organismo Nacional / CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST	GPC SICA
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor	GPC Hipertensión Arterial
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención	GPC Crisis Hipertensivas
Guía de Práctica Clínica de evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundaria enfermedad renal crónica	GPC anemia secundaria a enfermedad renal crónica
Guía de Práctica Clínica de la Fibrilación Auricular	GPC Fibrilación Auricular
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto	GPC de Sepsis Grave y Choque Séptico
Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la Ciudad de México	HR “Ignacio Zaragoza”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Ley General de Salud	LGS
Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19 emitidos por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud	Lineamiento COVID 19
Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral emitidos por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud	Lineamiento estandarizado enfermedad respiratoria viral
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

5. El 3 de noviembre de 2020, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional en la que sustancialmente narró que el 30 de octubre de ese mismo año, V ingresó al servicio de Urgencias del HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE por haberse desmayado en la vía pública.

6. QVI señaló que V fue trasladada al área de aislamiento COVID-19¹ en el referido nosocomio, sin haberle realizado estudios de laboratorio y confirmar el diagnóstico, por lo que consideró que fue víctima de negligencia por parte del personal médico, ya que recibió una deficiente atención en el HR “Ignacio Zaragoza”.

7. Este Organismo Nacional realizó diversas gestiones inmediatas ante el ISSSTE para la atención urgente de V, derivado de las cuales ese Instituto informó sobre el manejo médico que se le estaba brindando en ese momento.

8. El 12 de noviembre de 2020, el ISSSTE comunicó a esta Comisión Nacional que V había fallecido el día **Fecha**.

9. En consecuencia, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2020/10638/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V, se solicitó diversa información al ISSSTE, entre ella, copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógica-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de 3 de noviembre de 2020, presentado por QVI ante esta Comisión Nacional, en el que narró las presuntas violaciones al derecho a la

¹ La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2.

protección de salud en agravio de V por parte de personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

11. Acta Circunstanciada de 3 de noviembre de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la gestión telefónica sostenida con QVI, en la que ratificó su queja y se solicitó a personal del ISSSTE la atención de la inconformidad.

12. Correo electrónico de 9 de noviembre de 2020, en la que personal de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE informó sobre la atención médica brindada a V del 30 de octubre al 6 de noviembre de ese año.

13. Correo electrónico de 12 de noviembre de 2020, en la que personal del ISSSTE informó sobre el fallecimiento de V.

14. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1553-1/21 de 26 de marzo de 2021, a través del cual el ISSSTE envió a esta Comisión Nacional un informe sobre la atención médica que se brindó a V en el HR “Ignacio Zaragoza”, y el expediente clínico correspondiente, del cual se destaca lo siguiente:

14.1. Nota de ingreso de 30 de octubre de 2020, en la que AR1 diagnosticó a V con Síndrome Coronario Agudo (SICA)², bradicardia³, probable infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST⁴.

² Afección provocada por una reducción repentina o un bloqueo de la irrigación sanguínea al corazón. Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/acute-coronary-syndrome/symptoms-causes/syc-20352136?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Acute-coronary-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel. Consultado el 15 de marzo de 2022.

³ Ritmo cardíaco más lento de lo esperado, en general, de menos de sesenta latidos por minuto.

⁴ Es una entidad potencialmente letal secundaria a la rotura de una placa de ateroma. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301713#:~:text=El%20s%C3%ADnd>

14.2. Nota de evolución de urgencias adultos de fecha 31 de octubre de 2020, en la que AR1 reportó a V con persistencia de la disminución de la frecuencia cardíaca.

14.3. Interpretación de estudios “Imagenología diagnóstica y terapéutica” de 31 de octubre de 2020, en el que un médico radiólogo, encontró a V con datos indicativos de infección por COVID-19.

14.4. Hoja de enfermería de 1 de noviembre de 2020, en la que se asentó que V fue trasladada al área COVID-19, con elevación significativa de la tensión arterial.

14.5. Nota de evolución urgencias de 2 de noviembre de 2020, en la que AR2 solicitó prueba PCR⁵ y tomografía computarizada (TC) del tórax y reportó a V grave con alto riesgo de complicaciones.

14.6. Nota de evolución urgencias COVID de 3 de noviembre de 2020, en la que AR3 asentó que V cursaba con rudeza respiratoria⁶ e hipoventilación⁷

rome%20coronario%20agudo%20sin,principal%20es%20el%20dolor%20tor%C3%A1cico.
Consultado el 15 de marzo de 2022.

⁵ PCR, siglas en inglés de '*Reacción en Cadena de la Polimerasa*', es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno. En la pandemia de coronavirus, como en tantas otras crisis de salud pública relacionadas con enfermedades infecciosas, se está utilizando para determinar si una persona está infectada o no con coronavirus. Recuperado de https://www.isciii.es/InformacionCiudadanos/DivulgacionCulturaCientifica/DivulgacionISCIII/Paginas/Divulgacion/COVID19_PCR_test.aspx Consultado el 25 de marzo de 2022.

⁶ Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

⁷ Respiración demasiado superficial o demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo.

basal bilateral, ruidos arrítmicos con intensidad disminuida, delicada con pronóstico reservado a evolución.

14.7. Indicaciones médicas urgencias COVID de 3 de noviembre de 2020, en la que AR3 y AR4 prescribieron a V antibioterapia, monitoreo cardíaco continuo y suministro de medicamentos.

14.8. Hoja de enfermería de fecha 3 de noviembre de 2020, en la que se reportó a V con emergencia hipertensiva⁸.

14.9. Nota de evolución urgencias de 4 de noviembre de 2020, en la que AR2 estableció que el TAC de tórax realizado a V reportó afectación pulmonar en escala 3 (CO RADS 3⁹) y se solicitó PCR para confirmar diagnóstico.

14.10. Nota de evolución urgencias de 5 de noviembre de 2020, en la que AR2 reportó a V grave, **Condición de salud** y riesgo elevado de complicaciones.

14.11. Nota de evolución urgencias de 6 de noviembre de 2020, en la que AR2 encontró a V con presión arterial de difícil control y neumonía atípica por SARS-COV-2.

⁸ Aumento repentino y grave de la presión arterial.

⁹ El CO-RADS es un sistema basado en TAC que evalúa la sospecha de afectación pulmonar de COVID-19 en una escala de 1 (muy baja) a 5 (muy alta). Recuperado de <https://nubix.cloud/>. Consultado el 30 de marzo de 2022.

14.12. Indicaciones médicas de 7 de noviembre de 2020, en la que un médico del área de confinamiento COVID-19, prescribió a V posición de semifowler¹⁰, control de líquidos, monitoreo cardíaco continuo y suministro de medicamentos.

14.13. Hoja de enfermería de 7 de noviembre de 2020, donde se reportó a V con hipotensión severa¹¹.

14.14. Nota de evolución U. Respiratorio (sic) de 8 de noviembre de 2020, en la que AR5 encontró a V con desaturación de oxígeno del 89 %, presión arterial descontrolada, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y solicitó tomografía de tórax de control y estudios de laboratorio.

14.15. Nota de evolución a las 07:00 horas de 9 de noviembre de 2020, en la que AR6 reportó a V con desaturación y paro respiratorio, por lo que realizó proceso de intubación con cánula 7.

14.16. Nota de evolución a las 10:30 horas de 9 de noviembre de 2020, en la que AR7 encontró a V diagnóstico de sepsis¹² de origen pulmonar, neumonía atípica y síndrome de dificultad respiratoria aguda grave.

15. Oficio número DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1955-1/21 recibido en este Organismo Nacional el 30 de abril de 2021, a través del cual el ISSSTE envió

¹⁰ Para conseguirla se ha de elevar la cabeza unos 25-40 cm y mantener las piernas extendidas a 90° aunque se puede colocar una almohada debajo de las rodillas para evitar su bloqueo. Esta posición es idónea para casos en los que es necesario recibir alimentación a través de una sonda.

¹¹ La hipotensión grave puede ser causada por una pérdida súbita de sangre (shock), una infección grave, un ataque al corazón o una reacción alérgica intensa (anafilaxia).

¹² La sepsis es un síndrome clínico de disfunción de órganos potencialmente letal causada por una respuesta desregulada a la infección.

documentación adicional relacionada con la atención médica que se brindó a V en el HR “Ignacio Zaragoza”, del que se destaca lo siguiente.

15.1. Impresión de la cédula del paciente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias de la Secretaría de Salud, donde se reportó el resultado de la prueba COVID realizado a V el 6 de noviembre de 2020.

15.2. Certificado de defunción del que se desprende como fecha y hora de la muerte de V, las ^{Narración de hecho} horas del **Narración de hechos**, además de señalar como causas de defunción choque séptico, neumonía atípica, probable COVID19, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial sistémica.

16. Opinión Médica de 16 de junio de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención brindada a V en el HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE fue inadecuada y existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.

17. Acta Circunstanciada de 27 de mayo de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con la persona autorizada por QVI para recibir notificaciones, en la que informó que no había presentado denuncia por la atención médica brindada a V en el ISSSTE, únicamente remitió copia de conocimiento de la queja al OIC-ISSSTE.

18. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/036-2/23 de 4 de enero de 2022 (sic)¹³ a través del cual el ISSSTE informó que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR7 se encontraban

¹³ Se recibió en Oficialía de Partes de este Organismo Nacional el 11 de enero de 2023.

activos al HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE. Asimismo, indicó no se contaba con datos del inicio de procedimiento ante el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE por los hechos materia de la queja.

19. Acta Circunstanciada de 17 de abril de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con la persona autorizada por QVI para recibir notificaciones, en la que señaló que no había presentado queja, procedimiento o denuncia por el fallecimiento de V.

20. Oficio OIC/AQDI/NTE-OTE/CDMX/3566/2023 de 15 de junio de 2023, a través del cual el OIC-ISSSTE informó sobre la radicación del Expediente A. En relación con las presuntas irregularidades cometidas por personas servidoras públicas adscritas a HR “Ignacio Zaragoza del ISSSTE en razón a la atención médica dada a V.

21. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3429-2/23 de 16 de junio de 2023, a través del cual el ISSSTE informó que AR1 laboró en el servicio de Urgencias Adultos de manera eventual y AR2 continúa activo en el HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. El 15 de junio de 2023 se radicó el Expediente A, con motivo de los hechos presuntamente irregulares cometidos por personas servidoras públicas adscritas al HR “Ignacio Zaragoza”, mismo que se encuentra en trámite en el OIC-ISSSTE.

23. Al momento de la emisión de la presente Recomendación, no obra constancia de que se hubiera interpuesto denuncia ante el Ministerio Público de la Federación,

acción legal de responsabilidad patrimonial del Estado o de cualquier otra naturaleza jurídica, relacionada con los hechos motivo de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2020/10638/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de 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 los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI y VI, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en la Ciudad de México, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

25. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. Al respecto, la jurisprudencia administrativa señala:

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo

*calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*¹⁴

26. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”; para lo cual, los Estados deben garantizar que el servicio público de prestación de salud cumpla cuando menos, con las siguientes características:

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

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

¹⁴ 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.

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

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

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

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

28. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶, señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

29. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) 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. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”¹⁷

¹⁶ Ratificado por México en 1981.

¹⁷ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

30. En el artículo 10.1; así como en los 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, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

31. La CrIDH en el *Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*¹⁸ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).”

32. Este Organismo Nacional emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”¹⁹, en la que se aseveró que: “(...) el desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.²⁰

33. En el caso particular de las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante, a que le obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, así como los numerales 22 y 23 del Reglamento

¹⁸ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

¹⁹ El 23 de abril del 2009.

²⁰ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

ISSSTE, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida, por las siguientes consideraciones:

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V

• Antecedentes clínicos de V

34. El 30 de octubre de 2020, V fue trasladada por personal paramédico al HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, [Narración de hechos](#)

al Servicio de Urgencias, estableció como diagnóstico preliminar “síndrome coronario agudo²¹, bradicardia sintomática²², probable infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, diabetes mellitus tipo 2²³, hipertensión arterial²⁴ descontrolada y enfermedad renal crónica”²⁵.

35. En misma fecha le fue realizado un electrocardiograma que confirmó los diagnósticos de bradicardia y probable infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST.

²¹ Afección provocada por una reducción repentina o un bloqueo de la irrigación sanguínea al corazón.

²² Para considerar a la bradicardia sinusal como sintomática se requiere de una asociación causal entre la disminución de la frecuencia cardíaca y los síntomas tales como: lipotimia, síncope, mareo, obnubilación y estados confusionales, como resultado de disminución de la perfusión cerebral.

²³ La diabetes tipo 2 es una afección que se produce por un problema en la forma en que el cuerpo regula y usa el nivel de azúcar como combustible. El páncreas no produce suficiente insulina, una hormona que regula el movimiento del azúcar en las células. Y las células no responden de manera adecuada a la insulina y consumen menos azúcar.

²⁴ La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo

²⁵ Disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente.

36. Por lo anterior, AR1 activó código de infarto y requirió la valoración de V por el servicio de Cardiología y Nefrología, continuó manejo en el servicio de urgencias

Narración de hechos

37. Sin embargo, AR1 omitió realizar una adecuada semiología del padecimiento, pues si bien es cierto que V presentaba sintomatología de origen cardíaco e hidroelectrolítico, también lo es que ya era portadora del virus SARS-COV-2.²⁶

38. Con ello, AR1 incumplió lo dispuesto en el Lineamiento estandarizado enfermedad respiratoria viral a través de la Secretaría de Salud, el cual señala en la parte conducente, lo siguiente:

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea; Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea (dato de gravedad), Artralgias, mialgias, odinofagia/ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico (...).

²⁶ Virus que causa una enfermedad respiratoria llamada enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). El SARS-CoV-2 es un virus de la gran familia de los coronavirus. Los coronavirus infectan a seres humanos y algunos animales. La infección por el SARS-CoV-2 en las personas se identificó por primera vez en 2019. Se piensa que este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla. Es posible que también se transmita por tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos, aunque esto es menos frecuente. Hay estudios de investigación en curso sobre el tratamiento de la COVID-19 y la prevención de la infección por el SARS-CoV-2. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sars-cov-2> Consultado el 25 de marzo de 2022.

39. Asimismo, inobservó lo establecido en el artículo 32 de la LGS, en el que sustancialmente dispone que la atención médica se debe proporcionar con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de la persona.

40. El 31 de octubre de 2020, V fue valorada por AR1, quien la encontró “despierta, orientada, cooperadora, palidez de tegumentos, mucosas deshidratadas, cuello sin adenomegalias, no ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad y tono, no agregados, disminución de frecuencia, campos pulmonares con adecuados movimientos ventilatorios, sin estertores ni sibilancias (...)”.

41. La radiografía de tórax realizada a V el 31 de octubre de 2020 arrojó datos indicativos de infección por COVID 19, por lo que AR1 requirió una tomografía de tórax para descartar proceso neumónico; sin embargo, omitió solicitar de inmediato prueba confirmatoria de diagnóstico y valoración por las especialidades de Cuidados Intensivos, Nefrología, Cardiología, Epidemiología, Infectología, o bien, por el servicio de Medicina Interna, aun cuando tenía criterios más que indicativos para ello.

42. AR1 incumplió con lo dispuesto en el Lineamiento estandarizado enfermedad respiratoria viral, que establece:

Una vez identificado el caso, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y la toma de muestra por personal capacitado y designado por la unidad de salud, de acuerdo al perfil institucional, con las medidas de protección mencionas (precauciones estándar, gotas, contacto y vía aérea) (...).

43. También, inobservó lo establecido en la GPC de anemia secundaria a enfermedad renal crónica, en la LGS y en el Reglamento de la LGS que en lo conducente señalan:

GPC de anemia secundaria a enfermedad renal crónica

La anemia debe ser investigada y tratada en todo paciente con enfermedad renal crónica (...).

Artículo 32 LGS. *Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (...).*

Artículo 9 Reglamento LGS. (...) *La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (...).*

44. De acuerdo con la Opinión Médica especializada realizada por este Organismo Nacional, si bien V ingresó por pérdida súbita y temporal de la conciencia, condicionado por alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, también lo es que ya cursaba con infección del virus SARS-COV-2; no obstante, AR1 omitió realizar aislamiento por gota y protección universal.

45. El 1 de noviembre de 2020, ante los hallazgos reportados por personal de enfermería, V fue valorada y trasladada al área de aislamiento por COVID, pero no se puede establecer el tipo de manejo médico brindado y las indicaciones prescritas por la ausencia de notas médicas correspondientes anexadas al expediente clínico, lo cual constituye la vulneración al derecho al acceso a la información en materia de salud, como se esgrimirá más adelante, aunado a otras consideraciones.

46. Sin embargo, personal médico adscrito al HR “Ignacio Zaragoza”, del que no se puede establecer nombre, especialidad y matrícula ante la ausencia de nota

médica, omitió solicitar valoración multidisciplinaria y brindar tratamiento idóneo por la UCI, Cardiología, Nefrología y Medicina Interna, por lo que corresponderá a las instancias en materia de responsabilidad administrativa y penal, respectivamente, investigar lo conducente.

47. Lo anterior, toda vez que ante los diagnósticos presuntivos de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y fibrilación auricular y las patologías base como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, requería vigilancia estrecha y monitoreo continuo.

48. Personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” contravino lo establecido en la NOM-UCI, que sustancialmente señala los criterios generales para el ingreso a la UCI, entre ellos los pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, y con requerimiento de monitoreo.

49. También, el personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” incumplió con la GPC Crisis Hipertensivas, que sugiere solicitar evaluación por el especialista o el médico de la UCI, en caso de no contar con ellos.

50. Asimismo, inobservó lo establecido en la GPC de anemia secundaria a enfermedad renal crónica y la LGS, en los términos señalados en párrafos anteriores.

51. El 2 de noviembre de 2020, V fue valorada por AR2, médico adscrito al servicio de Urgencias, quien la reportó con diagnósticos de “sincope secundario a bradicardia secundaria a desequilibrio hidroelectrolítico secundario a hiperkalemia severa con kalocitosis resuelta con enfermedad renal crónica a estadificar,

fibrilación auricular de respuesta ventricular media, insuficiencia cardiaca congestiva en control a descartar COVID, en espera de tomografía de tórax”.

52. En la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional se señaló que AR2 fue omiso en solicitar valoración por Cuidados Intensivos, Nefrología, Cardiología, Epidemiología, Infectología o Medicina Interna, a pesar de los criterios de riesgo y ante la persistencia de descontrol hipertensivo y alteraciones de la función renal, por lo que incumplió lo dispuesto en la GPC Hipertensión Arterial, que establece que:

(...) se debe iniciar tratamiento antihipertensivo farmacológico a todos los pacientes 65-79 años con tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg o sistólica mayor o igual a 140mmHg”, así como en la GPC de anemia secundaria a enfermedad renal crónica, que indica que “la anemia debe ser investigada y tratada en todo paciente con enfermedad renal crónica.

53. El 3 de noviembre de 2020, V continuó con descontrol hipertensivo por lo que AR3, médico adscrito a Urgencias, decidió retirar la infusión de fármacos vasopresores y la reportó con rudeza respiratoria e hipoventilación basal bilateral, es decir, V presentaba disminución del flujo del aire y respiración lenta que no satisfacía la necesidad del cuerpo.

54. En misma fecha, V fue reportada por personal de enfermería con emergencia hipertensiva²⁷ con cifras tensionales de hasta 214/77, por lo que fue valorada por AR4, quien ajustó el tratamiento antihipertensivo; sin embargo, AR3 y AR4, omitieron solicitar valoración por Cuidados Intensivos, Nefrología, Cardiología, Epidemiología, Infectología o Medicina Interna.

²⁷ Elevación aguda de la presión arterial.

55. Por lo que, AR3 y AR4 inobservaron lo establecido en la NOM-UCI en sus numerales 5.5, 5.5.1.1.1 y 5.5.1.1.2, que señalan los criterios generales de ingreso a la UCI de Adultos, entre ellos, que los pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación y pacientes que presenten alto riesgo (estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo).

56. De igual forma, la GPC Crisis Hipertensivas sugiere que todos los pacientes con emergencia hipertensiva cuenten con estudios básicos y solo se realicen estudios específicos por el sitio de daño orgánico, asimismo indica requerir la evaluación por el experto o médico de la UCI.

57. El 4 de noviembre de 2020, AR2 reportó a V con tendencia a la elevación de la presión arterial, por lo que realizó ajuste en el tratamiento antihipertensivo y estableció diagnóstico de “sincope secundario a bradicardia por hiperkalemia a consecuencia de enfermedad renal crónica, fibrilación auricular con respuesta ventricular media, insuficiencia cardíaca congestiva en control, neumonía atípica por SARS-COV-2 CORADS 3, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica descontrolada”, solicitó estudio de laboratorio de control e interconsulta a Epidemiología para toma de PCR.

58. De acuerdo con la Opinión Médica especializada que realizó esta Comisión Nacional al caso clínico de V, AR2 pasó inadvertido el “*descontrol de los marcadores bioquímicos de respuesta inflamatoria sistémica*” y omitió solicitar valoración por Cuidados Intensivos, Nefrología, Cardiología, Infectología o Medicina Interna, por lo que inobservó lo establecido en los numerales 5.5, 5.5.1.1.1 y 5.5.1.1.2 de la NOM-UCI, así como el artículo 22 del Reglamento de Servicios del ISSSTE que señala que “el médico tratante será responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los

diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto (...)."

59. El 5 de noviembre de 2020, V fue reportada por AR2 con tendencia a la elevación de la presión arterial y estableció los diagnósticos de síncope secundario a bradicardia por hiperkalemia a consecuencia de enfermedad renal crónica a estadificar, fibrilación auricular con respuesta ventricular media, insuficiencia cardíaca congestiva en control, neumonía atípica por SARS COV2 CORADS 3, diabetes mellitus en control e hipertensión arterial sistémica descontrolada.

60. Por lo que, solicitó laboratorios de control e interconsulta a Epidemiología para toma de PCR; no obstante, AR2 desestimó el descontrol alarmante de los marcadores bioquímicos de respuesta inflamatoria sistémica incipiente, y omitió solicitar valoración por Cuidados Intensivos, Nefrología, Cardiología, Infectología o Medicina Interna.

61. Según lo establecido en la GPC Fibrilación Auricular, el manejo de los pacientes con fibrilación auricular está centrado en dos aspectos, el primero engloba la prevención del tromboembolismo sistémico y el segundo el manejo de la arritmia, por lo que se recomienda evaluar al paciente por Medicina Interna o Cardiología para confirmación diagnóstica, clasificación de Fibrilación Auricular y estadificación de riesgo tromboembólico, así como, inicio de tratamiento antitrombótico y control de la arritmia.

62. De la Opinión Médica que efectuó este Organismo Nacional se desprende que el 6 de noviembre de 2020 se confirmó el diagnóstico de V de COVID 19, a través del resultado de la prueba PCR; sin embargo, no se contó con nota médica de valoración por parte de personal del servicio de Epidemiología del HR "Ignacio

Zaragoza” en donde se establezca el interrogatorio y evaluación realizada a V, por lo que corresponderá a las instancias en materia de responsabilidad administrativa, investigar lo conducente.

63. Ese mismo 6 de noviembre de 2020, AR2 reportó a V con presión arterial de difícil control, por lo que nuevamente reajustó el tratamiento antihipertensivo y la diagnosticó con síncope secundario a bradicardia por desequilibrio hidroeléctrico secundario a hiperkalemia severa en corrección con kalocotosis resuelta secundaria a enfermedad renal crónica a estadificar fibrilación auricular con respuesta ventricular media, insuficiencia cardíaca congestiva en control, neumonía atípica por SARS COV 2 CORADS 3 en control, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica en control; no obstante, omitió solicitar la valoración multidisciplinaria.

64. Con lo anterior, AR2 incumplió lo establecido en el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE que señala “El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto (...)”.

65. Asimismo, AR2 inobservó lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, con las GPC Hipertensión Arterial; anemia secundaria a enfermedad renal crónica, que al respecto señalan:

NOM-UCI

La atención de pacientes en estado agudo crítico tiene como uno de sus objetivos principales, que el equipo médico multi e interdisciplinario pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer

frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones.

GPC Hipertensión Arterial

Pacientes con complicaciones crónicas por hipertensión (nefropatía, retinopatía, etc.) (...) ante la sospecha de hipertensión secundaria el paciente debe ser referido a segundo nivel para evaluación completa por el servicio correspondiente.

GPC anemia secundaria a enfermedad renal crónica

Los pacientes con enfermedad renal crónica y anemia tienen una mayor prevalencia de comorbilidad asociada e incremento en la tasa de muerte en comparación a los pacientes con enfermedad renal crónica sin anemia (...) la anemia debe ser investigada y tratada en todo paciente con enfermedad renal crónica con la finalidad de mejorar la sobrevida y la calidad de vida, así como disminuir la necesidad de transfusiones sanguíneas (...)

66. De acuerdo con el registro de enfermería fechado el 7 de noviembre de 2020, se reportó a V con hipotensión severa; sin embargo, no obra en el expediente nota médica que permita establecer la valoración y tratamiento que se le otorgó, lo cual será desarrollado en el Apartado D.

67. No obstante, en la Hoja de Enfermería se asentó que a las 06:00 horas y ante la hipotensión severa, se suspendió la infusión de antihipertensivo, se ajustó la dosis de oxígeno y se agregó manejo con esteroide; sin embargo, personal médico adscrito al HR “Ignacio Zaragoza”, del que no se puede establecer nombre, especialidad y matrícula ante la ausencia de nota médica, omitió solicitar valoración multidisciplinaria, pese al evento de disminución súbita de la tensión arterial, falla renal, anemia y neumonía, por lo que corresponderá a las instancias en materia de responsabilidad administrativa, investigar lo conducente.

68. Asimismo, personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” contravino lo establecido en la NOM-UCI, la GPC de la Fibrilación Auricular, de anemia secundaria a enfermedad renal crónica y el Reglamento del ISSSTE.

69. El 8 de noviembre de 2020, AR5 encontró a V con **Condición de salud**

, por lo que solicitó tomografía de tórax de control, estudios de laboratorio y realizó ajuste de oxígeno suplementario; sin embargo, AR5 omitió observar lo establecido en la NOM-UCI, en las GPC Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular, y De Anemia Secundaria a Enfermedad Renal Crónica y solicitar valoración por la UCI, Cardiología, Nefrología, Infectología o Medicina Interna.

70. El 9 de noviembre de 2020, V presentó paro respiratorio por lo que AR6 brindó manejo avanzado de la vía aérea (intubación) y ajuste de soluciones parenterales, de conformidad con las orientaciones provisionales de manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave en caso de sospecha de COVID-19, que establece:

(...) Manejo de la COVID-19 crítica: síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) hay que saber reconocer la insuficiencia respiratoria hipoxémica grave cuando los pacientes con disnea no responden a la oxigenoterapia convencional y estar preparados para proporcionar soporte vital avanzado con oxigenoterapia y ventilación mecánica (...).

71. No obstante, AR6 omitió solicitar valoración por la UCI, con lo que inobservó lo establecido en la LGS en su numeral 32 y con el Reglamento de la LGS en su artículo 9.

72. Ese mismo 9 de noviembre de 2020, a las 10:30 horas, V fue valorada por AR7, quien agregó los diagnósticos de sepsis de origen pulmonar, neumonía atípica, síndrome de dificultad respiratoria aguda grave. A la exploración física la encontró con ruidos cardiacos disminuidos en intensidad, campos pulmonares con manejo avanzado de la vía aérea, con FiO2 del 100%, hipoventilados con estertores bilaterales saturación de oxígeno al 90% pese a que se hallaba en rangos altos de ventilación mecánica asistida.

73. Los resultados laboratoriales reportaron **Condición de salud**

; es decir, cifras indicativas de proceso inflamatorio agudo, sin embargo, AR7 omitió solicitar valoración multidisciplinaria.

74. El 10 de noviembre de 2020, V fue valorada por AR7 quien la diagnosticó con choque séptico, neumonía atípica, caso sospechoso de COVID-19, SDRA grave, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, hiperkalemia severa, anemia moderada e insuficiencia cardíaca crónica, por lo que refirió manejo con fármacos vasopresores por presentar cifras tensionales y frecuencia cardíaca disminuidas.

75. AR7 omitió solicitar valoración por la UCI con lo que incumplió lo establecido en la GPC de Sepsis Grave y Choque Séptico, que señala que en un paciente con sepsis grave o choque séptico es necesario investigar antecedentes de diabetes mellitus, descartarla y llevar a cabo monitoreo de los valores séricos en cada turno durante toda la estancia en UCI y cada 24 horas durante su estadía hospitalaria.

76. Asimismo, AR7 inobservó lo establecido en la NOM-UCI que en la parte correspondiente señala:

5.5. Criterios generales de ingreso a la UCI de Adultos (...) 5.5.1.1.1 Pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación; 5.5.1.1.2 Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo (...).

77. El 11 de noviembre de 2020, V presentó desaturación alarmante de oxígeno y ausencia de latido cardíaco, que ameritó maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar durante seis ciclos, sin obtener respuesta; por lo que, se estableció su lamentable fallecimiento y de acuerdo con su certificado de defunción, la causa de la muerte fue “choque séptico, neumonía atípica, probable COVID19, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial sistémica”.

78. Es importante mencionar que el choque séptico es una entidad clínica grave de elevada mortalidad, que pasó desapercibida por los médicos tratantes, toda vez que no se otorgó atención multidisciplinaria, como su condición de salud lo ameritaba.

79. Asimismo, en el certificado de defunción señala “probable Covid-19”, no obstante que desde el 3 y 6 de noviembre de 2020, se había confirmado el diagnóstico mediante la tomografía de tórax y resultado de PCR, respectivamente.

80. En este tenor y derivado del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron en el ejercicio de sus funciones, con los artículos 27 fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y 77 bis 37,

fracciones I y III de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS; 22 y 23 del Reglamento ISSSTE, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas, con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico; lo que en el caso particular, no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO A LA VIDA

81. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales, así como internacionales; por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 1º, párrafo primero y 29, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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.

82. 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, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) 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 riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).*²⁸

83. La CrIDH ha establecido que:

*El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), 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 (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”²⁹, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).*³⁰

84. Este Organismo Nacional ha referido 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.*³¹

²⁸ Tesis Constitucional, “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”, Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.

²⁹ CrIDH, *Caso Niños de la Calle* (“Villagrán Morales y otros”) vs. *Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

³⁰ CrIDH, *Caso Familia Barrios vs. Venezuela*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

³¹ CNDH. Recomendación: 153/2022, párr. 40.

85. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al HR “Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida, con base en lo siguiente:

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

86. V falleció el **Narración de hechos** y de acuerdo con el certificado de defunción, con diagnósticos de choque séptico (1 día), neumonía atípica (2 días), probable COVID-19 (2 días), insuficiencia renal crónica (2 años), hipertensión arterial sistémica (10 años).

87. Como se precisó en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, la atención brindada a V en el HR “Ignacio Zaragoza” fue inadecuada, toda vez que AR1, omitió realizar una adecuada semiología del padecimiento y establecer el diagnóstico de infección por SARS-COV-2.

88. En tanto que AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron solicitar valoración y brindar tratamiento idóneo por los servicios de UCI, Cardiología, Nefrología y Medicina Interna; no obstante que, el choque séptico al ser una entidad clínica grave de elevada mortalidad pasó inadvertido por los médicos tratantes, toda vez que no se otorgó atención multidisciplinaria, como su condición de salud lo ameritaba, dadas sus comorbilidades

89. No pasó inadvertido para este Organismo Nacional que se certificó *“Probable COVID-19”*; no obstante, dicho diagnóstico había sido confirmado por tomografía de tórax y PCR, el 3 y 6 de noviembre de 2020, respectivamente.

90. Asimismo, se omitió establecer diagnóstico de anemia moderada, realizar protocolo de estudio y otorgar manejo idóneo, toda vez que V era paciente con enfermedad renal crónica.

91. De esta forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”, ello en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento, que determina que las actividades de atención médica curativas “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

92. El personal médico mencionado incumplió 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 siguientes: “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”.

93. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 debieron solicitar valoración multidisciplinaria y brindar tratamiento idóneo a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

94. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la NOM-UCI.

95. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1°, párrafo primero, y 29, párrafo tercero, de la Constitución Política; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.³²

³² CNDH, Recomendación 153/2022, párrafo 41.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR

96. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del ISSSTE.

97. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

98. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores, a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer:

(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.

99. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores³³ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

100. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México³⁴, explica con claridad que:

(...) para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.³⁵

³³ Ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador.

³⁴ Publicado el 19 de febrero de 2019.

³⁵ CNDH, párrafo 418, pág. 232.

101. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores³⁶, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector 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”.

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

103. En el artículo 18 del mencionado ordenamiento normativo indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

104. Por otra parte, es importante señalar que en la Recomendación 8/2020, se destacó:

³⁶ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria³⁷.

105. El trato diferencial objetivo y razonable constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos³⁸; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

106. 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”³⁹. 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.

107. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan

³⁷ Párrafo 93.

³⁸ CNDH. Recomendación 260/2022, párrafo 86.

³⁹ 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, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

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”⁴⁰.

108. Partiendo de ello, en razón de la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, durante todo su seguimiento clínico en el HR “Ignacio Zaragoza”, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, debieron realizar una adecuada semiología del padecimiento, así como solicitar valoración multidisciplinaria al contar con un diagnóstico presuntivo de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y ante los padecimientos que requerían vigilancia estrecha y monitoreo; así como considerar, entre los signos de alerta de V, ser una persona adulta mayor, situación que al no acontecer contribuyó a que su salud se deteriorara y posteriormente en la pérdida de su vida.

109. Derivado de lo anterior, esta Comisión Nacional acreditó que las conductas realizadas por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 no se ajustaron a brindar una atención médica adecuada que contemple el trato digno y la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba V, por ser persona adulta mayor.

110. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona⁴¹ y de transversalización

⁴⁰ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁴¹ El principio pro persona se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona> consultado el 24 de noviembre de 2021.

de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país⁴².

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

111. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

112. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”⁴³

113. En ese sentido, la CrIDH en el *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁴⁴

114. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que:

⁴² CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

⁴³ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁴⁴ CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

*El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*⁴⁵

115. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias 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 recibida.

116. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente, y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁴⁶

⁴⁵ Introducción, párrafo segundo

⁴⁶ CNDH, párrafo 34.

117. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

118. De las evidencias que se allegó el personal médico de esta Comisión Nacional, señaló que no se encontraron las notas de atención médica de los días 1° y 7 de noviembre de 2020, ni de la valoración por parte del servicio de Epidemiología del HR “Ignacio Zaragoza”, lo cual imposibilitó establecer la evolución y el tratamiento brindado en dicha unidad médica, con lo que se incumplió lo dispuesto en el numeral 5.14 de la NOM-Del Expediente Clínico que establece:

5.14. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por personal que intervenga en su atención (...).

119. Asimismo, en la Opinión Médica realizada por este Organismo Nacional se advirtió que AR3, AR4 y AR7 omitieron colocar su nombre completo, especialidad, matrícula, cargo, en las notas del 3 y 9 de noviembre de 2020, respectivamente, por lo que incumplieron lo establecido en los numerales 5.10 y 5.11 de la NOM-Del Expediente Clínico que señala:

5.10. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso.

5.11. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

120. De igual manera, no se anexó nota de valoración del servicio de Epidemiología donde se establezca el interrogatorio y valoración de V, con lo que el personal incumplió lo establecido en el citado numeral 5.14 de la NOM-Del Expediente Clínico.

121. Las omisiones en la integración del expediente clínico de V también constituyen una falta administrativa, situación que corresponderá a la autoridad investigadora deslindar responsabilidades respecto a si AR3, AR4 y AR7 y cualquier otra persona profesional de la salud que atendió a V o el personal encargado del resguardo de los expedientes clínicos, incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico; lo cual es de relevancia, porque representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, ya que se vulneró el derecho de QVI y VI, a que se conociera la verdad.

122. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

123. Cabe resaltar que, a pesar de tales Recomendaciones, el personal médico y de enfermería persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana,

la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

E. RESPONSABILIDAD

E.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

124. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al HR “Ignacio Zaragoza” en la Ciudad de México, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató con base en lo siguiente:

124.1. AR1 omitió realizar una adecuada semiología del padecimiento y establecer el diagnóstico de infección por SARS-COV-2 y de anemia moderada. De igual manera fue omiso en ordenar aislamiento por gota y valoración multidisciplinaria a V.

124.2. En tanto que AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, desestimaron solicitar valoración multidisciplinaria y brindar tratamiento idóneo por la UCI, cardiología, nefrología y medicina interna, toda vez que V contaba con diagnóstico preliminar de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento y fibrilación auricular, padecimientos que requerían vigilancia estrecha y monitoreo continuo.

124.3. De igual forma, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron establecer diagnóstico de anemia moderada, realizar protocolo de estudio y otorgar manejo médico idóneo, toda vez que V eraSexo paciente con enfermedad renal crónica.

124.4. Asimismo, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, prescindieron solicitar valoración por el servicio de neumología e infectología al confirmar el diagnóstico de neumonía atípica por COVID 19.

124.5. AR7 omitió solicitar valoración por la UCI al establecer el diagnóstico de choque séptico.

125. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III, de la LGS, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico y tratamiento oportuno y certero, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas que vulneraron el derecho humano a la salud de V, lo que le produjo la pérdida de la vida.

126. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en el expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR3, AR4 y AR7, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico.

127. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 eran personal médico con la calidad de persona servidora pública al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V, también con su

conducta afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

128. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política; 6º, 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 esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones, solicitará a personal del ISSSTE que colabore en el seguimiento del Expediente A que se encuentra en trámite en el OIC-ISSSTE, a efecto de que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por la inadecuada atención médica otorgada a V, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, así como lo relativo a la integración del expediente clínico.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

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

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

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

132. En el presente caso, ha quedado expuesto que no existe constancia de la atención brindada a V los días 1 y 7 de noviembre de 2020, así como de valoración por el servicio de Epidemiología, por lo que se constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración del expediente clínico.

V. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

133. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad

con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la 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 una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados 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.

134. 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 III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), además fracciones VII y IX del artículo 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 Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI y VI, se deberá inscribirlos, conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que 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 Ejecutiva.

135. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a los responsables.

136. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras como 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”.⁴⁷

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

i. Medidas de rehabilitación

138. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de

⁴⁷ Caso *Garrido y Baigorria vs. Argentina*, Sentencia de 27 de agosto de 1998, Reparaciones y Costas, párrafo 41.

conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes referido–, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica; así como servicios jurídicos y sociales”.

139. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a QVI y VI la atención psicológica y/o tanatológica que requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, debido al fallecimiento de V, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI y VI, con su consentimiento e previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI y VI, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI y VI, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

140. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64, 65 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las

alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.⁴⁸

141. 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 Ley General de Víctimas.

142. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI y VI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento Recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se les causó a QVI y VI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a esa Comisión Ejecutiva, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento del punto primero recomendatorio.

⁴⁸ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*, Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

iii. Medidas de satisfacción

143. 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 la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

144. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE instruyan a quien corresponda, a fin de que se colabore en el seguimiento del Expediente A que se encuentra en trámite en el OIC- ISSSTE, a efecto de que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por la inadecuada atención médica otorgada a V, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, así como lo relativo a la integración de su expediente clínico, por lo cual se deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado. Por lo anterior, y en coadyuvancia, esta Comisión Nacional remitirá al Expediente A, copia de la presente Recomendación, para que se tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

iv. Medidas de no repetición

145. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, éstas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos

y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

146. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar en el plazo 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 con énfasis en el trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como la debida observancia y contenido de las GPC Anemia Secundaria a Enfermedad Renal, Crisis Hipertensivas, Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular y Sepsis Grave y Choque Séptico, y de la NOM-Del Expediente Clínico y de la NOM-UCI. Dirigido al personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” con inclusión de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto; curso que además, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano, y 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.

147. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HR “Ignacio Zaragoza”, con medidas adecuadas de supervisión para la

integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; asimismo, deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas adultas mayores. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, ello para la observancia del punto recomendatorio quinto.

148. 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 consiguiente, 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.

149. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a usted, señor director general, las siguientes:

VI. 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 de QVI y VI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión

Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual deberá estar acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV respectivos, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que les causó a QVI y VI, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio 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. Se otorgue la atención psicológica y tanatológica que QVI y VI requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI y VI, con su consentimiento previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI y VI, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI y VI, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, envíe a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore en el seguimiento del Expediente A que se encuentra en trámite en el OIC-ISSSTE, para efecto de que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por la inadecuada atención médica otorgada a V, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, así como lo relativo a la integración de su expediente clínico,

por lo cual se deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado; para lo cual, esta Comisión Nacional, en coadyuvancia, remitirá al Expediente A, copia de la presente Recomendación, a fin de que se tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio. Hecho lo cual, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Implemente en el plazo de seis meses, después 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, con énfasis en el trato digno a las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; así como la debida observancia y contenido de las GPC Anemia Secundaria a Enfermedad Renal, Crisis Hipertensivas, Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular y Sepsis Grave y Choque Séptico; de la NOM-Del Expediente Clínico y NOM-UCI, dirigido al personal médico del HR “Ignacio Zaragoza” con inclusión de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activa laboralmente en dicho nosocomio; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano, y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, deberán enviar a esta Comisión Nacional, las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico del HR “Ignacio Zaragoza”, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional, asimismo deberá contar con un enfoque de trato digno para las personas adultas mayores. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. 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.

150. 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 a 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que, conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

151. 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, en su caso, la respuesta sobre la aceptación de la presente Recomendación se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

152. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente 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.

153. Finalmente, me permito recordarle que cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución 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