

RECOMENDACIÓN NO.

209/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y A UN TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2, VI3 Y VI4 ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL HOSPITAL REGIONAL “GRAL. IGNACIO ZARAGOZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de octubre 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., primer párrafo, 6o., fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2022/4747/Q**, relacionado con el caso de V.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en

términos de lo establecido en los artículos 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; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Atención Integral en Pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Bajo en los Tres Niveles de Atención	GPC-sangrado tubo digestivo
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal ¹ en la Adultez	GPC-enfermedad hemorroidal
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos	GPC-anemia por deficiencia de hierro
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano	GPC-síndrome de fragilidad en el anciano
Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ciudad de México	HR
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del expediente clínico

¹ Venas hinchadas y también inflamadas en el recto y el ano que provocan incomodidad y sangrado.

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica	NOM-Servicios de Salud
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 16 de febrero de 2022, QVI presentó quejas vía telefónica y en línea ante esta Comisión Nacional, en las que manifestó que V ingresó el 5 del mismo mes y año al servicio de Urgencias del HR, por tener hemorragia en el tubo digestivo, en ese lugar fue valorada y se le programó una colonoscopia², pero ésta no se le realizó y sin haber controlado la hemorragia se le quería dar de alta, por lo que solicitó que su familiar recibiera la atención médica que necesitaba.

6. Por lo anterior, personal de este Organismo Nacional solicitó la intervención de

² Procedimiento que utiliza un tubo largo, flexible y angosto, con una luz y una pequeña cámara en un extremo, llamado colonoscopio, para ver el interior del recto y todo el colon.

personas servidoras públicas del Programa de Asistencia Telefónica ISSSTE-TEL, las cuales informaron que el 18 de febrero de 2022 se le realizó a V la colonoscopia que requería, pero lamentablemente el **Fecha**.

7. El 28 de marzo de 2022, QVI confirmó a personal de esta Comisión Nacional el deceso de V y pidió se continuará con la investigación, al considerar que fue negligente la atención médica que se le brindó a su familiar.

8. Por lo anterior, con el propósito de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2022/4747/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes respecto de la atención médica que se le brindó en el HR, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Acta circunstanciada del 16 de febrero de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la queja presentada por QVI a favor de V, por la inadecuada atención médica que estaba recibiendo en el HR.

10. Queja presentada en línea el 16 de febrero de 2022 por QVI ante esta Comisión Nacional, en la que expresó su inconformidad con la atención médica que se estaba brindando a V en el HR.

11. Correo electrónico del 16 de febrero de 2022, a través del cual una visitadora adjunta de este Organismo Nacional solicitó la intervención de personal del Programa de Asistencia Telefónica ISSSTE-TEL para la atención de la queja presentada por QVI.

12. Correos electrónicos del 18 de febrero y 3 de marzo de 2022, mediante los cuales personas servidoras públicas del ISSSTE informaron a esta Comisión Nacional que el 18 de febrero de esa anualidad se le practicó a V el estudio de colonoscopia que requería, pero el 23 de ese periodo falleció.

13. Acta Circunstanciada del 28 de marzo de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica sostenida con QVI, en la que refirió que consideraba que V falleció debido a la negligencia del personal médico del HR.

14. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05126-4/2022 del 22 de agosto de 2022, a través del cual el ISSSTE proporcionó a esta CNDH copia del expediente clínico de V generado en el HR, del cual destacó la siguiente documentación:

14.1. Nota de alta voluntaria del 5 de febrero de 2021 (sic) de una clínica particular, en la que se señaló que V contaba con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2³, hipertensión arterial sistémica⁴ e insuficiencia renal crónica⁵, que presentó un día antes rectorragia⁶ en 15 ocasiones, se indicó práctica de colonoscopia diagnóstica.

14.2. Hoja de Urgencias de las 15:19 horas del 5 de febrero de 2022, en la que AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias, precisó que V acudió por referir tres días con evacuaciones melénicas⁷, a la exploración encontró abdomen con dolor a

³ Enfermedad que se caracteriza por presentar altos niveles de azúcar en la sangre.

⁴ Enfermedad crónica en la que se aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias.

⁵ Enfermedad que provoca alteración en la excreción de orina.

⁶ Emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces.

⁷ Heces de color negro provocada por sangre degradada de tubo digestivo.

la palpación de predominio en cuadrantes inferiores, integró los diagnósticos de síndrome anémico⁸ y probable sangrado de tubo digestivo bajo⁹.

14.3. Nota de ingreso al servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas del 5 de febrero de 2022, sin hora, suscrita por AR2, médico adscrito a ese servicio, quien refirió a V con tensión arterial de 140/59 mmHg¹⁰, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto¹¹, 20 respiraciones por minuto¹² y temperatura de 37°C; tres días con evacuaciones melénicas y a la exploración física la encontró con abdomen doloroso a la palpación a nivel de marco cólico¹³.

14.4. Hoja de enfermería del 6 de febrero de 2022, en la que se reportaron evacuaciones melénicas.

14.5. Resultado del estudio de panendoscopia¹⁴ del 8 de febrero de 2022, en el que se establecieron los diagnósticos de: 1. gastropatía alcalina¹⁵, 2. reflujo duodeno gástrico¹⁶, 3. esófago¹⁷ sin alteraciones, 4. duodeno¹⁸ sin alteraciones.

14.6. Nota de evolución del servicio de Urgencias de 12:00 horas del 8 de febrero de 2022, en la que AR3, médica adscrita a ese servicio, señaló que a la exploración

⁸ El conjunto de signos y síntomas causados por el descenso en el número de eritrocitos, lo que tiene como consecuencia disminución en el transporte de oxígeno a los tejidos.

⁹ Hemorragia originada por lesiones entre el intestino delgado y el ano.

¹⁰ Normal 120-80 mmHg.

¹¹ Normal 60-100 latidos por minuto.

¹² Normal 15-20 respiraciones por minuto.

¹³ Desde el ciego al recto, el colon forma una serie curvas que forman lo que se denomina el marco cólico.

¹⁴ Examen médico que visualiza el esófago, estómago y duodeno.

¹⁵ Inflamación de la mucosa gástrica por efecto del paso hacia el estómago de la bilis intestinal.

¹⁶ Regurgitación del contenido duodenal hacia el estómago.

¹⁷ Tubo muscular que transporta alimentos líquidos desde la boca al estómago.

¹⁸ Es la primera parte del intestino delgado y se localiza entre el estómago y la parte media del intestino delgado.

física la encontró neurológicamente despierta, orientada en tiempo, persona y espacio, con abdomen no dolorosa a la palpación, peristalsis¹⁹ normoactiva y sin datos de irritación peritoneal²⁰; asimismo, reportó resultados de laboratorio sin fecha de impresión, destacando los valores de urea 184 mg/dl²¹, creatinina 3.7 mg/dL²², leucocitos 18.9 uL²³, neutrófilos 82 u/l %²⁴ y hemoglobina 6.5 g/dL²⁵.

14.7. Nota de valoración del 8 de febrero de 2022, a las 13:40 horas, elaborada por personal médico del servicio de Nefrología, se agregó al tratamiento antibioticoterapia y dosis baja de diurético.

14.8. Nota de evolución del servicio de Urgencias de las 11:03 horas del 09 de febrero de 2022, en la que AR4, médico adscrito a ese servicio, estableció que a la exploración física encontró a V con tendencia a la somnolencia, campos pulmonares con hipoaireación basal²⁶ izquierda además de demostrar ausencia de ruidos en base a nivel hilar²⁷, crépitos²⁸ finos respiratorios; asentó que contaba con Tomografía Axial Computarizada²⁹ de abdomen, derrame pleural³⁰ izquierdo, datos que podrían estar en relación con fecaloma³¹.

¹⁹ Serie de contracciones musculares en forma ondulatoria que, cual banda transportadora, trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

²⁰ Tejido que recubre la pared abdominal y cubre la mayor parte de los órganos del abdomen.

²¹ Normal 16.6-48.5 mg/dL.

²² Normal 0.50-0.90 mg/dL.

²³ Normal 4.50-10.00 uL.

²⁴ Normal 34.0-4.80 u/l%.

²⁵ Normal 13.2-16.6 g/dL.

²⁶ Disminución en la ventilación de lado izquierdo.

²⁷ Área donde los nervios y los vasos sanguíneos se unen a un órgano.

²⁸ Pequeñas explosiones que se auscultan principalmente durante la inspiración, no se modifican por la tos y generalmente se presentan con mayor frecuencia en la parte inferior de los pulmones.

²⁹ Procedimiento con imágenes que usa equipo especial de rayos X para crear imágenes detalladas o exploraciones de regiones internas del cuerpo.

³⁰ Acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

³¹ Acumulación de heces en el recto o en el colon, que taponan el flujo normal del tracto intestinal.

14.9. Nota de evolución del servicio de Urgencias de las 13:36 horas del 10 de febrero de 2022, en la que AR4 estableció que a la exploración física encontró a V con hipoaireación basal izquierda, abdomen sin datos de irritación peritoneal, solicitó control de hemograma³² para validar hemoglobina, se valora interconsulta a Cirugía General por sangrado bajo.

14.10. Nota de alta del servicio de Urgencias de las 13:30 horas del 12 de enero de 2022 (sic), en la que AR5, médico adscrito a ese servicio, señaló que, a la exploración física encontró a V con adecuada mecánica ventilatoria, abdomen doloroso a la palpación a nivel de marco cólico, sin datos de irritación peritoneal, se omitió tacto rectal por imposibilidad de movilizar a V. Al final de la nota en manuscrito se señaló “Se difiere alta”.

14.11. Hoja de enfermería del 13 de febrero de 2022, en la que consta el registro de signos vitales de V.

14.12. Nota de evolución del servicio de Urgencias de las 09:03 horas del 14 de febrero de 2022, en la que AR6, médica adscrita a ese servicio, refirió a la exploración física respiratorio con adecuada mecánica ventilatoria, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con lesión hemorroidal sin datos de sangrado, con tacto negativo a melenas.

14.13. Hoja de enfermería del 15 de febrero de 2022, en la que consta el registro de signos vitales de V.

³² Análisis de sangre.

14.14. Nota del 15 de febrero de 2022, en la que se estableció que V tuvo sesión de hemodiálisis.

14.15. Nota de evolución del servicio de Urgencias del 16 de febrero de 2022, en la que AR6 señaló que encontró a V con edema de extremidades, solicitó estudios de laboratorio para valorar función renal y hemoglobina, así como cama en el servicio de Medicina Interna.

14.16. Nota de sesión de hemodiálisis del 17 de febrero de 2022, en la que se señaló que V ingresó a esa unidad con constantes vitales estables y terminó su sesión sin complicaciones.

14.17. Nota de evolución del servicio de Urgencias del 18 de febrero de 2022, suscrita por AR7, médica adscrita a ese servicio, en la que refirió signos vitales de tensión arterial de 145/65 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y a la exploración física con abundante melena al tacto rectal.

14.18. Nota de revisión e ingreso al servicio de Medicina Interna de las 12:45 horas del 21 de febrero de 2022, en la que personal médico de ese servicio, precisó “deciden su alta el día 12/02/2022, la cual fue diferida por iniciar nuevamente con hematoquecia³³”; “En notas de Urgencias se menciona que solicitarán interconsulta al servicio de Cirugía, la cual no se llevó a cabo”; “a la exploración anorrectal, se observan hemorroides externas, presencia de sangrado rojo granate, no se puede discernir presencia de hemorroides internas, las refiere dolorosas por lo que se

³³ Eliminación por el recto de sangre roja brillante o marrón en forma de sangre pura, sangre mezclada con las heces formadas, coágulos sanguíneos o diarrea sanguinolenta.

niega al tacto rectal”; “en el caso de la paciente por las características del sangrado se sospecha un origen no hemorroidal”; “debió realizarse la colonoscopia a las 24 horas de su ingreso a Urgencias si se encontraba hemodinámicamente estable”.

14.19. Nota de evolución del servicio de Medicina Interna de las 10:00 horas del 22 de febrero de 2022, en la que personal médico de ese servicio reportó a V con delirium mixto³⁴, datos de dificultad respiratoria y continuaba con sangrado tipo hematoquecia, se intentó programar colonoscopia, pero se solicitó valoración prequirúrgica, se pidieron tiempos de coagulación para requerirla nuevamente.

14.20. Nota de defunción del **Fecha**, a las 23:50 horas en la que personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna señaló como causas de fallecimiento: **condición de salud**

[Redacted text block]

14.21. Certificado de defunción en el que se señala como causas de muerte choque hipovolémico y hemorragia gastrointestinal no especificada.

15. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/06362-4/2022 del 27 de octubre de 2022, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico de V generado en el HR y de otros documentos, entre los que destacan:

15.1. Nota de indicaciones médicas de las 13:00 horas del 6 de febrero de 2022,

³⁴ Estado mental en el que una persona está confundida y tiene una percepción reducida de su entorno.

³⁵ Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.

en la que se estableció el tratamiento médico para V.

16. Opinión Médica del 19 de junio de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a V en el HR fue inadecuada y existieron omisiones a la NOM-Del expediente clínico y NOM-Servicios de Salud.

17. Acta circunstanciada del 26 de junio de 2023, en la que se hizo constar que QVI informó a una visitadora adjunta de esta Comisión Nacional que no presentó ninguna denuncia penal o queja administrativa ante otra autoridad, por la inadecuada atención médica que V recibió en el HR.

18. Correo electrónico recibido el 3 de julio de 2023 en esta Comisión Nacional, a través del cual QVI envió documentación para acreditar su parentesco y el de VI1, VI2, VI3 y VI4 con V.

19. Ampliación de Opinión Especializada en materia de medicina del 31 de julio de 2023, emitida por personal de este Organismo Nacional, en la que se precisaron algunos aspectos relacionados con la inadecuada atención que se brindó a V en el HR.

20. Oficio 61806 del 12 de septiembre de 2023, mediante el cual este Organismo Nacional solicitó al ISSSTE información respecto a la situación laboral del personal médico del HR que intervino en la atención médica que se brindó a V; así como correo electrónico enviado el 24 de octubre de 2023, a través del cual se reiteró la solicitud a ese Instituto.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. A la fecha de elaboración del presente documento no se tuvo constancia de que se hubiese presentado por QVI o por el propio Instituto alguna denuncia administrativa o penal con motivo de la atención médica proporcionada a V en el HR.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2022/4747/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 atribuibles a personal médico del HR, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,³⁶ reconociendo el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados

³⁶ CNDH. Recomendaciones: 1/2023, párr. 34; 158/2022, párr. 31; 156/2022, párr. 22; 92/2022, párr. 18; 71/2021, párr. 41, entre otras.

Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a la protección de la salud, definida en el artículo 1 Bis de la LGS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

24. Asimismo, la SCJN ha establecido que:

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)»³⁷.

25. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

26. 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, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, (...), correspondientes al nivel que

³⁷ Tesis 1ª/J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”, *SEMANARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SU GACETA*, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, página 164, registro digital 167530.

permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

27. El párrafo 1º, 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 humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). 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 (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) [OMS] o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*³⁸

28. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “Caso Vera y otra vs Ecuador”,³⁹ consideró que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

29. Para garantizar la adecuada atención médica se debe considerar también, uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

30. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas

³⁸ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

³⁹ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.⁴⁰ En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

31. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, personal médico adscrito al HR, derivado de su respectiva calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS; 48 del Reglamento de la LGS; así como 8, 22 y 23 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, omitieron brindar a V la adecuada atención médica que requería para integrar un diagnóstico de certeza, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo que vulneró su derecho humano a la protección de la salud, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Antecedentes clínicos de V

32. V, **sexo** adulta mayor al momento de los hechos, con los antecedentes de **condición de salud**

[REDACTED]

⁴⁰ Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

⁴¹ Tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre.

33. El 4 de febrero de 2022, V presentó episodios de hematoquecia⁴² en aproximadamente 15 ocasiones, por lo que sus familiares la llevaron a una clínica particular, en la que le realizaron estudios de laboratorio que evidenciaron una hemoglobina de 5.1⁴³, por lo que le transfundieron 2 paquetes globulares y le propusieron realizar una colonoscopia diagnóstica, a la que se negaron por motivos económicos, solicitaron su alta voluntaria y fue trasladada por sus propios medios al HR.

❖ Atención médica brindada a V en los servicios de Urgencias y Urgencias Médico Quirúrgicas del HR del 5 al 20 de febrero de 2022

34. A las 15:19 horas del 5 de febrero de 2022, V ingresó al servicio de Urgencias del HR, se reportó con tensión arterial de 140/59 mmHg⁴⁴, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto⁴⁵, 20 respiraciones por minuto⁴⁶ y temperatura de 37°C; en la nota de admisión elaborada a las 16:05 horas por AR1, médico adscrito a ese servicio, indicó que V acudió por referir tres días con evacuaciones melénicas y a la exploración física encontró abdomen con dolor a la palpación de predominio en cuadrantes inferiores, señaló que médico de medio privado envió con los diagnósticos de síndrome anémico y probable sangrado de tubo digestivo bajo, por lo que precisó que solicitaría rayos X de abdomen y valoración por urgencias médico quirúrgicas.

35. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que el manejo de AR1 fue inadecuado, debido a que: no realizó un interrogatorio completo para conocer la

⁴² Eliminación por el recto de sangre roja brillante o marrón en la forma de sangre pura, sangre mezclada con heces formadas, coágulos sanguíneos o diarrea sanguinolenta.

⁴³ Normal 11.6 a 15 g/dL.

⁴⁴ Normal 120-80 mmHg.

⁴⁵ Normal 60-100 latidos por minuto.

⁴⁶ Normal 15-20 respiraciones por minuto.

consistencia de las evacuaciones que presentaba V, las cuales, de acuerdo a la nota de la clínica particular, contenían sangre fresca y él refirió sangre degradada, existiendo discrepancia en las características; no cuestionó si consumía algún tipo de medicamento antiinflamatorio no esteroideo que provocara alguna irritación gástrica; y no realizó una exploración física exhaustiva, con lo cual su actuación no se apegó a lo recomendado en la GPC-sangrado tubo digestivo y a la literatura médica especializada en el tema⁴⁷, que establecen:

(...) Debe realizarse una historia clínica completa incluyendo hábitos intestinales, alimenticio, inicio y evaluación del padecimiento (...) Exploración física: se deben evaluar los siguientes parámetros: estado general del paciente: color y temperatura de la piel; buscar masas abdominales, descartar la presencia de ascitis, determinar dolor en alguna región específica, tamaño del hígado; exploración ano-rectal para determinar la presencia de hemorroides, fístula anal o presencia de masas (...)

(...) Anamnesis. A) interrogar sobre la forma de presentación. Color y características de la hemorragia que contribuirán a la estimación clínica de la zona de origen y del volumen de la pérdida de sangre. B) deberán considerarse la edad, presencia de coagulopatía, enfermedad o factores de riesgo cardiovascular, uso de AINE, antiagregantes o anticoagulantes, episodios previos de hemorragia (...)

36. En la misma fecha, V ingresó al servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas y fue valorada por AR2, médico adscrito a ese servicio, quien a la exploración física la encontró

⁴⁷ Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda.

con abdomen doloroso a la palpación a nivel de marco cólico⁴⁸, omitió tacto rectal⁴⁹ por imposibilidad de movilizarla y señaló evidencia de rectorragia en pañal de 100 cc aproximadamente; integró los diagnósticos de sangrado de tubo digestivo bajo secundario a probable enfermedad diverticular⁵⁰, diabetes tipo 2 descontrolada, hipertensión arterial sistémica controlada, enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis y post operada de fractura de cadera izquierda; prescribió protector de la mucosa gástrica, medicamento para el vómito, antiinflamatorio intestinal, antihipertensivo y esquema de insulina rápida, además de solicitar exámenes de laboratorio y tomografía axial computarizada de abdomen.

37. Al respecto, en la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que el manejo médico de AR2 fue inadecuado, por no dar seguimiento a los estudios previamente solicitados, como las placas de rayos X; no realizó una exploración física dirigida en región anorrectal sin buscar alguna opción terapéutica para ello; no practicó una colonoscopia, a pesar de ser un estudio de elección para sangrados en región anal; no solicitó interconsulta a los servicios de Proctología o Gastroenterología; y tampoco consideró el síndrome de fragilidad en el anciano, por lo que no se apegó a lo sugerido en la GPC-sangrado tubo digestivo y la GPC-síndrome de fragilidad en el anciano, ni lo referido en la literatura médica especializada en el tema⁵¹, en las que se señala:

(...) se sugiere realizar una colonoscopia a todos los pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo. Es el estudio de elección, ya que permite una visión directa, tomar biopsias y en algunos casos llevar a cabo el tratamiento (...) si

⁴⁸ Desde el ciego al recto, el colon forma una serie de curvas que forman lo que se denomina el marco cólico.

⁴⁹ Examen de la parte inferior del recto.

⁵⁰ Afección caracterizada por la aparición de pequeños sacos inflamados en el tracto digestivo.

⁵¹ Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda.

la colonoscopia se realiza en las primeras 24 horas posteriores al inicio del sangrado permite hallar el sitio de manera temprana (...)

(...) La presencia de anemia en el anciano (sic) está asociada con incremento en la mortalidad, así como un deterioro en la capacidad física y pérdida de independencia (...) En mujeres ancianas, los niveles de hemoglobina por debajo de 12.0 g/dl se asocian a un elevado riesgo de mortalidad (...)

(...) Es necesario llevar a cabo una exploración física en los pacientes con rectorragia para valorar su repercusión y descartar anomalías en el abdomen. Esta exploración se puede realizar aprovechando que el paciente está en la camilla y previamente a la exploración anal y el tacto rectal (...) La inspección anal permite valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, abscesos, fisuras, hemorroides externas y/o procesos prolapsantes a través del canal anal (...)

38. En el expediente no constan las notas médicas de evolución del servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas del 6 y 7 de febrero de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará, por lo que no se pudo determinar si V egresó o hasta cuando continuó a cargo de ese servicio; por otra parte, en el registro de hojas de enfermería del 6 de ese periodo, se precisó que V presentó evacuaciones melénicas y sin modificación al tratamiento médico establecido, de acuerdo con lo señalado en la Opinión Médica de esta CNDH.

39. El 8 de febrero de 2022, a las 09:50 horas, se emitió reporte del procedimiento de panendoscopia que le fue practicado a V, con los diagnósticos endoscópicos de: gastropatía alcalina, reflujo duodeno gástrico, esófago y duodeno sin alteraciones, lo que,

de acuerdo con la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, indicaba irritación en mucosa gástrica por el retorno del contenido intestinal.

40. A las 12:00 horas de ese día, V fue valorada por AR3, médica adscrita al servicio de Urgencias, en cuya nota de evolución asentó que a la exploración física la encontró neurológicamente despierta, orientada en tiempo, persona y espacio, con abdomen no dolorosa a la palpación, peristalsis normoactiva y sin datos de irritación peritoneal; asimismo, reportó resultados de laboratorio sin fecha de impresión, destacando los valores de urea 184 mg/dl, creatinina 3.7 mg/dL, leucocitos 18.9 uL, neutrófilos 82 u/l % y hemoglobina 6.5 g/dL, los cuales, en opinión de personal médico especialista de esta CNDH, indicaban que V cursaba un proceso infeccioso de origen a determinar y continuaba con síndrome anémico como fue indicado en medio particular, así como daño renal.

41. En la misma nota, AR3 señaló “sin datos de sangrado activo, con tac de abdomen que descarta la posibilidad de enfermedad diverticular complicada, se solicita 1 concentrado eritrocitario, la paciente no acepta tacto rectal” y a los diagnósticos ya establecidos en ese hospital, agregó probable enfermedad hemorroidal, sin modificar el tratamiento previamente establecido.

42. En la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que el manejo médico de AR3 fue inadecuado, ya que a pesar de que los resultados de los estudios de laboratorio reportaron una elevación de leucocitos⁵², no inició ningún tratamiento ni indagó la continua disminución de las cifras de hemoglobina y ante la negativa de V a que se le practicara la exploración física dirigida, no dio alternativas diagnósticas en búsqueda del

⁵² Células de defensa.

sangrado del tubo digestivo, por lo que su actuación no se apegó a lo recomendado en la GPC-anemia por deficiencia de hierro, la GPC-enfermedad hemorroidal y la GPC-síndrome de fragilidad en el anciano, que establecen:

(...) En el adulto mayor de 65 años de edad investigar dirigidamente datos clínicos para identificar la presencia de anemia y padecimientos crónico-degenerativos o neoplasias (...) La hemorragia por el tracto gastrointestinal afecta a 2 de cada 3 adultos con anemia por deficiencia de hierro (...)

(...) Se debe realizar el diagnóstico de enfermedad hemorroidal por la historia clínica y el examen físico (...) La anoscopía permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente, no requiere sedación y se puede realizar sin preparación intestinal (...)

(...) La fragilidad es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una menor resistencia al estrés, como resultado de una acumulación de múltiples déficits en los sistemas fisiológicos que condicionan vulnerabilidad a los eventos adversos y asociada al proceso de envejecimiento (...)

43. El 8 de febrero de 2022, a las 13:40 horas, V fue valorada por personal médico del servicio de Nefrología, el cual agregó a su tratamiento antibioticoterapia y dosis baja de diurético⁵³, manejo médico adecuado, según lo señalado en Opinión de personal médico especialista de esta CNDH, ya que ante la presencia de un proceso infeccioso se inició

⁵³ Se utiliza para prevenir o tratar la anemia.

esquema con antibióticos e indicó tratamiento para la anemia de V.

44. El 9 de febrero de 2022, a las 11:03 horas, V fue valorado por AR4, médico adscrito al servicio de Urgencias, quien en su nota de evolución indicó que a la exploración física la encontró neurológicamente con tendencia a la somnolencia, campos pulmonares con hipoaireación basal izquierda, además de mostrar ausencia de ruidos en base a nivel para hiliar, crépitos finos respiratorios, abdomen sin datos de irritación peritoneal y edema distal de extremidades; además, asentó que se contaba con resultados de Tomografía Axial Computarizada de abdomen del 8 de febrero de 2022, en los que se reportó: datos que podrían estar en relación a fecaloma; derrame pleural izquierdo; fractura antigua de fémur izquierdo en proceso de consolidación; proceso inflamatorio renal crónico bilateral; litiasis renal bilateral⁵⁴, sin uropatía obstructiva⁵⁵; granuloma⁵⁶ calcificado en segmento VI hepático; hernia umbilical de contenido graso sin datos de complicación.

45. Con ello, AR4 integró los diagnósticos de insuficiencia respiratoria, derrame pleural izquierdo vs neumonía de la comunidad, sangrado de tubo digestivo bajo inactivo, síndrome anémico, enfermedad renal crónica en manejo sustitutivo vía hemodiálisis, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica y post operada de fractura de cadera izquierda; asimismo, ajustó manejo, solicitó rayos X de tórax con el fin de valorar componentes de afección pulmonar, continuó con plan transfusional y pidió su ingreso al servicio de Medicina Interna.

46. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que si bien AR4 dio seguimiento a la afección pulmonar que presentó V, no dio continuidad a la causa de su ingreso, esto

⁵⁴ Pequeños depósitos endurecidos que se forman en los riñones y suelen doler al ser expulsados.

⁵⁵ Se presenta cuando la orina no se puede drenar a través del tracto urinario.

⁵⁶ Área pequeña de inflamación.

es, al sangrado de tubo digestivo bajo, por lo que debió solicitar nuevos exámenes de laboratorio, entre ellos una biimetría hemática, para determinar su estado anémico y verificar si el sangrado seguía activo, además de pedir interconsulta a los servicios de Gastroenterología y Proctología, por ser las especialidades médicas idóneas que pudieron complementar el diagnóstico de V, omisiones que repercutieron en el deterioro de su estado de salud y fueron contrarias a lo establecido en la GPC-sangrado tubo digestivo que señala:

(...) El diagnóstico debe realizarse de manera exhaustiva para tratar de brindar al paciente el mejor tratamiento (...) Se sugiere solicitar Biimetría hemática para determinar el estado hemodinámico del paciente, ya que en algunos casos los pacientes presentan sangrados crónicos que no muestran sangre en heces debido a que son pequeños (...)

47. En la nota de evolución del servicio de Urgencias de las 13:36 horas del 10 de febrero de 2022, AR4 reafirmó los diagnósticos previos y solicitó control de hemograma para validar la hemoglobina, consideró realizar interconsulta al servicio de Cirugía General por sangrado bajo, precisó que los rayos X de tórax sólo evidenciaban ocupación parabronquial y mantuvo manejo con hemotransfusión; en Opinión de personal médico especialista de esta CNDH, AR4 omitió solicitar la práctica de una angiografía⁵⁷, a fin de corroborar si continuaba la presencia del sangrado de tubo digestivo bajo, así como interconsulta a los servicios de Gastroenterología o Proctología, como ya se mencionó.

48. En el expediente no consta la nota médica de evolución del servicio de Urgencias del 11 de febrero de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente

⁵⁷ Prueba radiográfica que utiliza un tinte y una cámara para obtener imágenes del flujo de sangre en una arteria o en una vena.

clínico, como más adelante se desarrollará.

49. El 12 de febrero de 2022, a las 13:30 horas, AR5, médico adscrito al servicio de Urgencias, elaboró nota de alta de V, en la que precisó que a la exploración física presentaba adecuada mecánica ventilatoria, abdomen globoso y doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, se omitió tacto rectal por imposibilidad de movilizar a V y evidencia rectorragia en pañal de 100 cc aproximadamente, con resultados de laboratorio del 11 de ese mes y año que indicaban mejoría respecto a su ingreso hospitalario, prescribió tratamiento farmacológico y envió a su unidad de medicina familiar para trámite de endoscopia e interconsulta con el servicio de Medicina Interna a través de consulta externa; sin embargo, al final de la nota, en manuscrito y con su firma, AR5 escribió “Se difiere alta”.

50. No obstante que el alta no se concretó, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que el manejo médico de AR5 fue inadecuado, debido a que en su indicaciones de tratamiento solicitó nuevamente la práctica de una endoscopia, la cual contaba con reporte previo del 8 de febrero de 2022, cuyo resultado no arrojó la causa del sangrado y por el contrario, no buscó alguna alternativa terapéutica para realizar un tacto rectal, ni solicitó estudios de elección para sangrado de tubo digestivo bajo, como la colonoscopia o una arteriografía⁵⁸ y tampoco consideró interconsulta a los servicios de Cirugía General o Proctología, contrario a lo recomendado en la GPC-sangrado tubo digestivo, que señala:

(...) Se recomienda realizar la colonoscopia en pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables, para evitar otras complicaciones (...) en los

⁵⁸ Examen imagenológico que utiliza rayos X y un tinte especial para observar el interior de las arterias.

casos en los que la hemorragia sea masiva y no pueda realizarse una colonoscopia se sugiere realizar una arteriografía (...) en el caso de los padecimientos que requieran tratamiento quirúrgico, la cirugía a realizar depende de los criterios del grupo que realizará la cirugía (...)

51. En el expediente no consta la nota médica de evolución del servicio de Urgencias del 13 de febrero de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará; sin embargo, en hoja de enfermería de esa fecha se registraron signos vitales que, de acuerdo con la opinión de personal médico especialista de esta CNDH, refieren una evolución hemodinámicamente estable de V y sin modificación al tratamiento médico establecido.

52. A las 09:03 horas del 14 de febrero del 2022, V fue valorada por AR6, médica adscrita al servicio de Urgencias, quien en la nota de evolución señaló que a la exploración física se le observó con adecuada mecánica ventilatoria, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con lesión hemorroidal sin datos de sangrado, con tacto negativo a melenas, pero un día antes con sangrado activo por presencia de deposiciones melénicas, con anemia clínica y sin datos clínicos de sangrado, por lo que se solicitarían controles laboratoriales con tipe y cruce⁵⁹, sin descartar la posibilidad de requerir manejo con hemoderivados, modificó tratamiento farmacológico.

53. En la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional se estableció que el manejo médico de AR6 fue inadecuado, primeramente por señalar que V presentaba una “lesión hemorroidal”, término que médicamente es incorrecto, ya que se trata de cojines de tejido vascular submucoso anales y no lesiones, además, pese a

⁵⁹ Conjunto de análisis que permiten detectar interacciones perjudiciales entre su sangre y la de un donante, se hacen antes de una transfusión de sangre.

que se realizó tacto rectal no se descartó con estudios de gabinete alguna otra etiología causante de dichos sangrados, ni solicitó interconsulta a las especialidades de Cirugía General, Gastroenterología o Proctología, por lo que actuó sin apego a la GPC-enfermedad hemorroidal, que señala:

(...) Se recomienda considerar la rectosigmoidoscopia para realizar diagnóstico diferencial de enfermedad hemorroidal (...) el sangrado transrectal se asocia con hemorroides; sin embargo, hay que considerar que el sangrado puede deberse a otras enfermedades, como cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, otras colitis, enfermedad diverticular y angiodisplasia (...)

54. En el expediente no consta la nota médica de evolución del servicio de Urgencias del 15 de febrero de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará; pero según hoja de enfermería de esa fecha, V evolucionó hemodinamicamente estable, se le realizó sesión de hemodiálisis y no se modificó el tratamiento médico establecido.

55. En la nota de evolución del servicio de Urgencias del 16 de febrero de 2022, AR6 refirió a V con edema de extremidades, por lo que solicitó estudios de laboratorio para valorar función renal y hemoglobina, así como cama en el servicio de Medicina Interna; de acuerdo con la nota de sesión de hemodiálisis del 17 de ese mes y año, V ingresó a esa unidad con constantes vitales estables y terminó su sesión sin complicaciones.

56. En la nota de evolución del servicio de Urgencias Adultos del 18 de febrero de 2022, AR7, médica adscrita a ese servicio, reportó que, de acuerdo con los resultados de

laboratorio de esa fecha, V presentaba hemoglobina de 9.4 g/dL⁶⁰, leucocitos 4.1 uL⁶¹ y creatinina 2.4 mg/dL⁶², agregó que se le realizó endoscopia y tacto rectal con presencia de abundante melena, por lo que se solicitó interconsulta al servicio de Cirugía General para su adecuada valoración, por ser candidata a cápsula endoscópica⁶³, prescribió antibiótico y antiinflamatorio intestinal.

57. Desde el punto de vista médico del personal especializado de este Organismo Nacional, AR7, al observar discrepancia en las características de las evacuaciones de V, en virtud de que anteriormente se habían descrito como rectorragia y no como melena, debió descartar a través de nuevos estudios de gabinete el posible origen del sangrado de tubo digestivo bajo, como lo era una angiografía, estudio de elección cuando la endoscopia no es efectiva, como en el presente caso y también debió solicitar interconsulta al servicio de Gastroenterología o Proctología, por lo que su manejo no se apegó a lo recomendado en la GPC-sangrado tubo digestivo y lo señalado en la literatura médica especializada en el tema⁶⁴, que establecen:

(...) Angiografía, permite localizar hemorragia actividad intestinal cuando la velocidad del sangrado es mayor a 0.5 ml/min. Posee una sensibilidad entre 30 y 50% y especificidad de casi el 100%. Es un método limitado debido a que aquellos pacientes con sangrado activo que no logra ser identificado por colonoscopia, persisten luego del tratamiento endoscópico (...)

⁶⁰ Normal 13.2-16.6 g/dL.

⁶¹ Normal 4.50-19.00 uL.

⁶² Normal 0.50-0.90 mg/dL.

⁶³ Procedimiento que utiliza una cámara inalámbrica pequeña para tomar imágenes del tubo digestivo.

⁶⁴ Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda.

(...) Angiografía terapéutica: se debe valorar esta posibilidad de tratamiento en pacientes en los que la endoscopia no ha sido efectiva y presentan un riesgo elevado si son sometidos a intervención quirúrgica (...)

58. En el expediente no constan las notas médicas de evolución del servicio de Urgencias del 19 y 20 de febrero de 2022, lo que constituye una inobservancia a la NOM-Del expediente clínico, como más adelante se desarrollará.

59. Cabe señalar que V permaneció en el servicio de Urgencias del 5 al 20 de febrero de 2022, contrario a lo establecido en el numeral 5.6 de la NOM-Servicios de Salud⁶⁵.

60. De igual forma, se observó que durante este periodo se omitieron suscribir notas médicas de evolución los días 6, 7, 11, 13, 15, 19 y 20 de febrero de 2022, para dar sustento a sus tratamientos médicos, con lo que también se dejó de observar lo establecido en la NOM-Servicios de Salud, en su numeral 6.2.2⁶⁶.

61. Tampoco pasó desapercibido para este Organismo Nacional que en las notas de evolución del 9, 16 y 18 de febrero de 2022, AR4, AR6 y AR7, respectivamente, solicitaron el ingreso e interconsulta de V por los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, sin que se diera seguimiento ni se asegurara que se cumpliera con lo requerido, puesto

⁶⁵ 5.6 Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.

⁶⁶ 6.2.2 El médico tratante deberá valorar continua y permanentemente a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno o al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente; el responsable del servicio corroborará esta rutina a través de las notas de evolución que deberán integrarse en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo que señalan las disposiciones jurídicas aplicables;

que la primera de las especialidades señaladas la valoró hasta el 21 de ese mes y año, mientras que la segunda no lo hizo, contrario a lo establecido en los numerales 7.2.1 de la NOM-Del expediente clínico⁶⁷, así como 6.2, 6.2.4 y 6.2.5 de la NOM-Servicios de Salud⁶⁸.

❖ Atención médica brindada a V en el servicio de Medicina Interna del HR del 21 al 23 de febrero de 2022

62. A las 12:45 horas del 21 de febrero de 2022, V ingresó al servicio de Medicina Interna, en donde fue valorada por personal médico de esa especialidad, de la nota de revisión e ingreso a ese servicio destacan las siguientes observaciones: “deciden su alta el día 12/02/2022, la cual fue diferida por iniciar nuevamente con hematoquecia”; “En notas de Urgencias se menciona que solicitarán interconsulta al servicio de Cirugía, la cual no se llevó a cabo”; **condición de salud**

condición de salud”; “en el caso de la paciente por las características del sangrado se sospecha un origen no hemorroidal”; “debió realizarse la colonoscopia a las 24 horas de su ingreso a Urgencias si se encontraba hemodinámicamente estable”; “dentro de los estudios para determinar el origen del sangrado, el estudio de primera elección es la endoscopia alta, en caso de

⁶⁷ 7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

⁶⁸ 6.2 Para la atención del paciente en el servicio de urgencias, será necesario que el personal médico lleve a cabo las siguientes actividades: (...) 6.2.4 Solicitar, registrar y hacer el seguimiento en el expediente clínico del paciente, de las notas de interconsultas requeridas, particularmente de los que ameriten manejo quirúrgico o multidisciplinario; 6.2.5 Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permita garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno;

resultar normal (como en la paciente) el siguiente estudio de elección es la angiotac⁶⁹ (si presenta inestabilidad hemodinámica), la Angiotac se tomará como diagnóstica”; “en caso de observarse esta extravasación está indicado la realización de una arteriografía terapéutica (embolización⁷⁰), si durante la Angiotac no se observa hemorragia activa, se desaconseja la embolización y se recomienda iniciar la preparación para colonoscopia”; por lo que se indicó como plan valoración por el servicio de Endoscopia para realizar colonoscopia.

63. El 22 de febrero de 2022, a las 10:00 horas, personal médico del servicio de Medicina Interna encontró a V con delirium mixto, datos de dificultad respiratoria y continuaba con sangrado tipo hematoquecia, se intentó programar colonoscopia, pero se solicitó valoración prequirúrgica, por lo que se pidieron tiempos de coagulación para requerirla nuevamente.

64. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que el manejo médico del personal del servicio de Medicina Interna fue adecuado, debido a que realizó una exploración física completa de V, se clasificó el grado hemorroidal y se le dio continuidad a la solicitud de realizar una colonoscopia, conducta apegada a la GPC-sangrado tubo digestivo.

65. No obstante, de acuerdo con la nota de defunción del 23 de febrero de 2022, a las 23:06 se encontró a V en estado de paro cardiorrespiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar durante 10 minutos, sin lograr retorno a la circulación

⁶⁹ Prueba de imagen que permite observar la anatomía arterial y venosa de diferentes partes del cuerpo, a través de la inyección intravenosa de un medio de contraste yodado mientras el paciente se realiza un TAC.

⁷⁰ Procedimiento en el que se utilizan partículas, como esponjas de gelatina o perlas minúsculas, para impedir el flujo en un vaso sanguíneo.

espontánea, por lo que a las 23:16 horas se declaró su lamentable fallecimiento, estableciendo como diagnósticos de defunción choque hipovolémico y hemorragia gastrointestinal no especificada, mismos que se asentaron en el certificado de defunción como causas de su deceso.

66. Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se consideró que V permaneció aproximadamente diecisiete días en el servicio de Urgencias sin ser ingresada a otra especialidad, lo que conllevó a un inadecuado abordaje médico, como se desprende de las omisiones que fueron descritas en el presente apartado, las cuales coinciden con las observadas por el personal médico del servicio de Medicina Interna del propio Instituto, así como al retraso de un diagnóstico certero y por ende un adecuado tratamiento, lo que ensombreció su pronóstico de vida.

67. En ese sentido, 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 lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, así como 9 del Reglamento de la LGS, en concordancia con el artículo 22 del Reglamento del ISSSTE, disposiciones en las que se señala la importancia de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, en atención a que los médicos tratantes son responsables de sus diagnósticos y tratamientos, así como de proteger, promover y restaurar la salud de quienes acuden ante ellos para recibir atención, bajo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO A LA VIDA

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

69. Al respecto la CrIDH ha establecido que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”⁷¹.

70. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁷², señaló que:

(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como

⁷¹ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

⁷² 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

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

72. La SCJN ha determinado que:

(...) el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)"⁷³.

73. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, personal médico del HR, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

74. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que las omisiones

⁷³ SCJN, Tesis Constitucional, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", Registro 163169.

observadas en la atención médica que se brindó a V durante su permanencia en el servicio de Urgencias, tales como no realizar un interrogatorio completo, en el que se investigara la posible etiología de la hematoquecia que presentaba; no llevar a cabo un tacto rectal pese a la presencia de rectorragia, limitándose a referir que no se le podía movilizar; desestimar la práctica de una colonoscopia, estudio de elección en el caso de sangrado de tubo digestivo bajo, mismo que fue sugerido desde que acudió a la clínica particular; repetir endoscopias que tenían resultados negativos en vez de realizar otros procedimientos indicados para estos casos; no actualizar estudios de laboratorio a pesar del estado anémico que cursaba V; no darle continuidad a la interconsulta del servicio de Cirugía General, ya que no existe evidencia de que se hubiese efectuado; no solicitar valoración al servicio de Gastroenterología o Proctología, con el propósito de complementar su diagnóstico y tratamiento; la permanencia de V en el servicio de Urgencias por aproximadamente diecisiete días, lo que retrasó un correcto tratamiento como lo describió el propio personal médico del servicio de Medicina Interna de ese hospital; así como no considerar su estado de vulnerabilidad por su edad y comorbilidades que presentaba, contribuyeron a las complicaciones del estado de salud de V que lamentablemente llevaron a su deceso.

75. Por lo anterior, a las **Hora** horas del **Fecha** se declaró su fallecimiento, estableciéndose en el certificado de defunción como causas de ello: **condición de salud**

76. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33,

fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

77. 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 tratarse de una persona adulta mayor al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico del servicio de Urgencias del HR.

78. El artículo 1o., párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 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.

79. 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”.

80. 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 Mayores⁷⁴ 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.

81. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁷⁵, explica con claridad que:

⁷⁴ OEA. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación; si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, si podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023 la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

⁷⁵ Publicado el 19 de febrero de 2019.

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.⁷⁶

82. 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 Mayores⁷⁷, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es 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”.

83. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su 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.

84. Además, en el artículo 18 del citado ordenamiento normativo indica que

⁷⁶ Párrafo 418.

⁷⁷ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

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.

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

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 prioritaria.⁷⁸

86. El trato preferencial 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 humanos⁷⁹; 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.

87. 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”⁸⁰. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas

⁷⁸ Párrafo 93.

⁷⁹ CNDH; Recomendación 260/2022, párrafo 86.

⁸⁰ 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, párr. 8, y CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párr. 24; 23/2020, párr. 26, y 52/2020, párr. 9.

fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

88. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”⁸¹.

89. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen el mayor bienestar posible.⁸²

90. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (...)”⁸³,

⁸¹ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁸² Recomendación 260/2022, párr. 90.

⁸³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

coincidiendo la OMS al precisar que son de “(...) larga duración (...)”⁸⁴.

91. Una de las enfermedades crónico-degenerativas es la diabetes, la cual se define como aquella *“enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”*⁸⁵.

92. El Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía (...)”*.⁸⁶

93. Aproximadamente 62 millones de personas en el continente americano y 422 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes; cada año, 244,084 muertes en América y 1.5 millones en todo el mundo se atribuyen directamente a la diabetes. Tanto el número de casos como la prevalencia de diabetes han aumentado constantemente durante las últimas décadas.⁸⁷

94. Por otro lado, la OMS ha establecido que cuando una persona presenta hipertensión significa que su tensión arterial es demasiado elevada. El exceso de presión puede

⁸⁴ OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁸⁵ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

⁸⁶ OMS. “Informe mundial sobre la diabetes”. Suiza, OMS, 2016, página 6.

⁸⁷ OPS. “Diabetes”. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.

endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular. También puede causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular.⁸⁸

95. La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica establece que dicho padecimiento multifactorial es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes mayor que 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes mayor que 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal mayor que 125/75 mmHg, además de que entre 1.5 a 5% de todas las personas hipertensas mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica⁸⁹.

96. Partiendo de ello, en razón de la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona de **edad** , con antecedentes de **condición de salud** , no recibió un trato preferencial que permitiera la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del HR , que contribuyeron a las complicaciones del estado de salud de V que lamentablemente llevaron a su deceso el **Fecha**

⁸⁸ OMS; "Hipertensión". Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n%3F,tensi%C3%B3n%20arterial%20es%20demasiado%20elevada.>

⁸⁹ CNDH; Recomendación 255/2022, párrafo 28.

97. 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 persona⁹⁰ y de transversalización 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 país.⁹¹

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

98. El artículo 6o., párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁹²

99. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁹³, consideró que:

⁹⁰ 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>.

⁹¹ CNDH; Recomendaciones 240/2022, párr. 90 y 243/2022, párr. 118.

⁹² Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), número iv).

⁹³ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

[...] 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 clínico⁹⁴.

100. Resulta aplicable la sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “[...] la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.⁹⁵

101. La NOM-Del expediente clínico establece:

[...] 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, magneto-ópticos [...], 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 [...].

102. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a

⁹⁴ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

⁹⁵ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.⁹⁶

103. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁹⁷

104. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación

⁹⁶ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017.

⁹⁷ CNDH, *Ídem*, párrafo 34.

General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

105. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico y de enfermería, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

106. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

107. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

108. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió en la Opinión Médica que AR2, AR3, AR5 y AR7, en sus respectivas notas médicas no señalaron sus nombres completos, de hecho, en el caso de AR5 sólo aparece su firma, con lo que dejaron de observar el numeral 5.10 de la NOM-Del expediente clínico, en el que se establece que todas las notas en el expediente clínico deben contener el nombre completo de quien la elabora.

109. De igual forma, no se encontraron las notas médicas de evolución del servicio de Urgencias del 6, 7, 11, 13, 15, 19 y 20 de febrero de 2022, lo que no permitió establecer de manera fehaciente el tratamiento completo que se le otorgó a V.

110. Con lo anterior, se incumplió con el numeral 8.3 de la NOM-Del expediente clínico, en el que se señala que la nota de evolución deberá “elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma”.

111. Es así, que resulta relevante la observancia obligatoria de la Norma-Del expediente clínico por parte del personal médico, a efecto de brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual no sólo se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud sino también al derecho que tienen los familiares de los pacientes a conocer la verdad.

E. RESPONSABILIDAD

E.1 Responsabilidad de las personas servidoras públicas

112. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI, V2, V3 y V4, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

112.1 AR1 no realizó un interrogatorio completo para conocer la consistencia de las

evacuaciones que presentaba V, las cuales, de acuerdo a la nota de la clínica particular, contenían sangre fresca y él refirió sangre degradada, existiendo discrepancia en las características; no cuestionó si consumía algún tipo de medicamento antiinflamatorio no esteroideo que provocara alguna irritación gástrica; y no realizó una exploración física exhaustiva, con lo cual su actuación no se apegó a lo recomendado en la GPC-sangrado tubo digestivo y a la literatura médica especializada en el tema.

112.2 AR2 no dio seguimiento a los estudios previamente solicitados, como las placas de rayos X; no realizó una exploración física dirigida en región anorrectal sin buscar alguna opción terapéutica para ello; no practicó una colonoscopia, a pesar de ser un estudio de elección para sangrados en región anal; no solicitó interconsulta a los servicios de Proctología o Gastroenterología; y tampoco consideró el síndrome de fragilidad en el anciano, por lo que no se apegó a lo sugerido en la GPC-sangrado tubo digestivo y la GPC-síndrome de fragilidad en el anciano, ni lo referido en la literatura médica especializada en el tema.

112.3 AR3 a pesar de que los resultados de los estudios de laboratorio reportaron una elevación de leucocitos de V, no inició ningún tratamiento ni indagó la continua disminución de las cifras de hemoglobina y ante la negativa de V a que se le practicara la exploración física dirigida, no dio alternativas diagnósticas en búsqueda del sangrado del tubo digestivo, por lo que su actuación no se apegó a lo recomendado en la GPC-anemia por deficiencia de hierro, la GPC-enfermedad hemorroidal y la GPC-síndrome de fragilidad en el anciano.

112.4 AR4 no dio continuidad a la causa del ingreso de V, esto es, al sangrado de tubo digestivo bajo, por lo que debió solicitar nuevos exámenes de laboratorio, entre

ellos una biometría hemática, para determinar su estado anémico y verificar si el sangrado seguía activo, además de pedir interconsulta a los servicios de Gastroenterología y Proctología, por ser las especialidades médicas idóneas que pudieron complementar el diagnóstico de V, omisiones que repercutieron en el deterioro de su estado de salud y fueron contrarias a lo establecido en la GPC-sangrado tubo digestivo; asimismo, omitió solicitar la práctica de una angiografía, a fin de corroborar si continuaba la presencia del sangrado de tubo digestivo bajo.

112.5 AR5 no buscó alguna alternativa terapéutica para realizar un tacto rectal, ni solicitó estudios de elección para sangrado de tubo digestivo bajo, como la colonoscopia o una arteriografía y tampoco consideró interconsulta a los servicios de Cirugía General o Proctología, por el contrario, había firmado el alta de V.

112.6 AR6 pese a que se realizó tacto rectal no descartó con estudios de gabinete alguna otra etiología causante de dichos sangrados, ni solicitó interconsulta a las especialidades de Cirugía General, Gastroenterología o Proctología, por lo que actuó sin apego a la GPC-enfermedad hemorroidal.

112.7 AR7 no descartó a través de nuevos estudios de gabinete el posible origen del sangrado de tubo digestivo bajo de V, como lo era una angiografía, estudio de elección cuando la endoscopia no es efectiva, como en el presente caso y también debió solicitar interconsulta al servicio de Gastroenterología o Proctología, por lo que su manejo no se apegó a lo recomendado en la GPC-sangrado tubo digestivo y lo señalado en la literatura médica especializada en el tema.

112.8 AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 son responsables de la permanencia de V por más de 12 horas en el servicio de Urgencias, contrario a lo establecido en

el numeral 5.6 de la NOM-Servicios de Salud.

112.9 AR4, AR6 y AR7, en las notas de evolución del 9, 16 y 18 de febrero de 2022, respectivamente, solicitaron el ingreso e interconsulta de V por los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, pero no dieron seguimiento ni se aseguraron que se cumpliera con lo requerido, contrario a lo establecido en los numerales 7.2.1 de la NOM-Del expediente clínico, así como 6.2, 6.2.4 y 6.2.5 de la NOM-Servicios de Salud.

113. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR2, AR3, AR5 y AR7, quienes, como ya se precisó, infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del expediente clínico.

114. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, así como respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

115. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

116. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones formule una vista administrativa ante el OIC-ISSSTE, en contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por la inadecuada atención médica brindada a V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico.

E.2 Responsabilidad Institucional del HR

117. 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.

118. 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 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.

119. 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 de despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

120. En el presente pronunciamiento han quedado expuestas la falta de las notas médicas de evolución del 6, 7, 11, 13, 15, 19 y 20 de febrero de 2022, así como la falta de nombres completos por parte de AR2, AR3, AR5 y AR7, en sus respectivas notas médicas, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración al expediente clínico, con fundamento en el numeral 5.1 de la NOM-Del expediente clínico, que establece que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

121. 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 10., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora

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

122. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

123. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, de las Naciones Unidas; así como diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso,

sancionar a los responsables.

124. En el *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”⁹⁸.

125. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que:

[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]”⁹⁹.

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

⁹⁸ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

⁹⁹ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

i. Medidas de rehabilitación

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

128. Por ello el ISSSTE, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, atención psicológica y/o tanatológica 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, VI1, VI2, VI3 y VI4 con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

129. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material 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.”¹⁰⁰.

130. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

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

132. De ahí que el ISSSTE deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentará en el OIC-ISSSTE, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por no proporcionar una atención médica adecuada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin

¹⁰⁰ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello, lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

iv. Medidas de no repetición

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

134. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir 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 y al 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-sangrado tubo digestivo, GPC-enfermedad hemorroidal, GPC-anemia por deficiencia de hierro, GPC-síndrome de fragilidad en el anciano, NOM-Del expediente clínico y NOM-Servicios de Salud, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias del HR, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, el cual deberá ser efectivo para prevenir

hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

135. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico del servicio de Urgencias del HR, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de la NOM-Servicios de Salud, a fin de vigilar que los pacientes no permanezcan más de 12 horas en el servicio de Urgencias por causas atribuibles a la atención médica, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. 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, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

136. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición, previamente descritas, constituyen una oportunidad para las autoridades, en su respectivo ámbito de competencias, a 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.

137. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 atención psicológica y/o tanatológica, 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, VI1, VI2, VI3 y VI4 con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que

será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento a la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentará en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 ante el OIC-ISSSTE, por no proporcionar una atención médica adecuada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello lo señalado en el apartado de Observaciones y análisis de las pruebas del presente pronunciamiento, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir 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 y al 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-sangrado tubo digestivo, GPC-enfermedad hemorroidal, GPC-anemia por deficiencia de hierro, GPC-síndrome de fragilidad en el anciano, NOM-Del expediente clínico y NOM-Servicios de Salud, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias del HR, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado

mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del servicio de Urgencias del HR, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de la NOM-Servicios de Salud, a fin de vigilar que los pacientes no permanezcan más de 12 horas en el servicio de Urgencias por causas atribuibles a la atención médica, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. 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.

138. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, constitucional, la investigación que

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

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

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

141. 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