

RECOMENDACIÓN No.

285 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN AGRAVIO DE V, EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD NO. 175 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN GUADALAJARA, JALISCO.

Ciudad de México, a 15 de diciembre 2023

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 4, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2021/9745/Q**, sobre la atención médica brindada a V en la Unidad Médica de Alta Especialidad número 175 en Guadalajara, Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 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, y 113 fracción I, párrafo último;

así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 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 de las personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, las referencias a diversas instituciones e instrumentos legales se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales se identificarán de la siguiente manera:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Organismo Nacional/ Comisión Nacional/CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a	CEAV

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Víctimas	
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona No. 14 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	HGZ-14
Hospital General de Regional No. 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	HGR-45
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 175 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	UMAE-175
Servicios de Urgencias del Hospital General de Zona No. 14 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	SU del HGZ-14
Servicios de Urgencias de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 175 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	SU de UMAE-175
Servicios de Urgencias del Hospital General de Regional No. 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco	SU del HGR-45
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de Ley General de Salud	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y	GPCDT de EVCI

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Tratamiento Temprano de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica en el segundo y tercer nivel de atención	
Guía de Referencia Rápida cuidados paliativos	Guía de CP
Guía de actuación clínica en la hemorragia intracerebral	Guía de HIC
Norma Oficial Mexicana NOM-030.SSA2-Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica	NOM-030.SSA2-HTAS

I. HECHOS

5. El 19 de octubre de 2021, QVI interpuso queja ante este Organismo Nacional, en la cual señaló que, el 10 de ese mismo mes y año, V ingresó al SU del HGZ-14 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, ya que presentó parálisis del lado izquierdo del cuerpo, por lo que se le diagnosticó “Enfermedad Vascular cerebral hemorrágica”¹, así como “Hipertensión arterial sistémica”², siendo trasladado ese mismo día a la UMAE-175 del IMSS en la ciudad referida, donde ingresó al Servicio de Urgencias.

6. Posteriormente, el 11 de octubre de 2021, se decidió el egreso de V del SU de UMAE-175 y su traslado al HGR-45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, en donde se le indicó a QVI que se encontraba grave; lamentablemente su estado de salud se fue deteriorando hasta que falleció el 19 de octubre de 2021, en el citado nosocomio, razón por la cual

¹ Trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico.

² Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

solicitó la intervención de esta Comisión Nacional para que se realizara la investigación que corresponda.

7. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2021/9745/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. El 19 de octubre de 2020, QVI presentó queja por medios electrónicos donde manifestó sobre la inadecuada atención médica que recibió V por personal médico del IMSS.

9. Acta circunstanciada de 26 de octubre de 2021, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se hizo constar la comunicación telefónica con QVI quien señaló que V falleció el 19 de octubre de 2021 en el HGR-45; refirió que, el 10 de octubre de 2021, V ingresó al SU del HGZ-14 por un “accidente vascular” que le paralizó el lado izquierdo del cuerpo; por lo que, en esa misma fecha fue trasladado al “Centro Médico Nacional de Occidente” para ser valorado; sin embargo, QVI señaló que no se brindó atención médica alguna a V ya que requería una cirugía y no se le practicó; V fue enviado al HGR-45, lugar en el que estuvo hospitalizado hasta su fallecimiento; ratificó la queja que presentó electrónicamente y aportó la siguiente documentación:

9.1. Copia de certificado de defunción de V, elaborado por PSP8, en el que se advierte la fecha y hora de su fallecimiento.

9.2. Copia de acta de defunción de V de 20 de octubre de 2021, expedida por el Registro Civil del estado de Jalisco, en la cual se estableció la fecha y hora de su defunción.

10. Correo electrónico de 10 de diciembre de 2021, mediante el cual PSP10 remitió a este Organismo Nacional, la siguiente documentación:

10.1. Nota Inicial de Urgencias de 10 de octubre de 2021 a las 06:10 horas, del SU del HGZ-14, elaborada por PSP1 en la que indicó el motivo de la consulta de V, así como la exploración física, toma de signos vitales y resultado de tomografía de cráneo que se le realizó; señalando diagnósticos y tratamiento a seguir, y el envío de V al área de choque.

10.2. Nota Solicitud de Interconsulta de 10 de octubre de 2021 a las 07:02 horas, del SU del HGZ-14, elaborada por PSP1 a través de la cual señaló los signos vitales, así como la saturación de oxígeno y resultados de la exploración física realizada a V.

10.3. Nota de Evolución de 10 de octubre de 2021 a las 08:41 horas, del SU del HGZ-14, elaborada por PSP2 quien reportó a V con estado de salud grave; a la valoración y exploración física que le fue realizada, señaló signos vitales, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

10.4. Nota Solicitud de Interconsulta de 10 de octubre de 2021 a las 09:48 horas, del SU del HGZ-14 elaborada por PSP2 quien reportó a V con estado de salud grave, a la valoración y exploración física que le fue realizada, señaló signos vitales, resultado de tomografía de cráneo y de estudios de laboratorio.

10.5. Referencia-Contrarreferencia de 10 de octubre de 2021, elaborada por PSP1 del SU del HGZ-14, quien refirió de manera urgente a V a la Especialidad de Neurocirugía de la UMAE-175.

10.6. Referencia-Contrarreferencia de 10 de octubre de 2021, elaborada por PSP2 del SU del HGZ-14, en la que se autoriza el traslado de V a la UMAE-175, ya que se contaba con tomografía de cráneo y estudios de laboratorio, diagnóstico, resumen

clínico y exploración física realizada a V.

10.7. Nota Inicial de Urgencias de las 13:01 horas de 10 de octubre de 2021, elaborada por AR1 personal médico adscrito al SU de la UMAE-175, en la cual asentó el motivo de la consulta de V, resumen del interrogatorio que se le realizó, exploración física, diagnóstico que se estableció e indicaciones médicas, solicitó valoración por parte del Servicio de Neurocirugía.

10.8. Nota de Interconsulta de 10 de octubre de 2021 a las 15:03 horas, de la UMAE-175, elaborada por AR2 personal médico adscrito al Servicio de Neurocirugía de la UMAE-175, a través de la cual estableció que V cursaba cuadro clínico “sugestivo de hemorragia por angiopatía amiloide”, diagnóstico de “hemorragia intracerebral en hemisferio, cortical” y alta de neurocirugía, traslado a segundo nivel y manejo de tensión arterial por parte del Servicio de Medicina en ese nivel de atención médica, como plan de tratamiento.

10.9. Nota de Evolución de 11 de octubre de 2021 a las 00:19 horas, en la cual AR3 personal médico adscrito al SU de la UMAE-175, realizó exploración física de V e integró el diagnóstico de “enfermedad cardiovascular, no especificada”, traslado de V a hospital de segundo nivel e indicaciones médicas.

10.10. Nota de Evolución de 11 de octubre de 2021 a las 09:36 horas, en la que AR4 personal médico adscrito al SU de la UMAE-175, señaló signos vitales de V y realizó exploración física, indicaciones médicas, diagnóstico y tratamiento médico.

10.11. Nota de Evolución de 11 de octubre de 2021 a las 17:20 horas, a través de la cual AR5 personal médico adscrito al SU de la UMAE-175, estableció la evolución y actualización del cuadro clínico de V, indicó presión arterial que presentaba, realizó exploración física, valoración de estudios de laboratorio e indicaciones médicas,

diagnóstico y traslado a segundo nivel de atención médica, como plan de tratamiento.

10.12. Nota Inicial de Urgencias de 11 de octubre de 2021 a las 19:40 horas, en la cual PSP3 adscrito al SU del HGR-45, reportó a V con hipertensión arterial sistémica en descontrol, realizó exploración física, valoración de estudios de laboratorio; señaló que, V fue valorado por el Servicio de Neurocirugía e indicó diagnóstico y tratamiento.

10.13. Nota de Interconsulta de 12 de octubre de 2021 a las 13:12 horas, en la que PSP4 adscrito al Servicio de Neurología del HGR-45, realizó exploración neurológica a V e indicó que cursaba con deterioro neurológico, por lo que recomendó realizar nueva tomografía de cráneo y sugirió interconsulta a medicina interna; estableció diagnóstico y tratamiento.

10.14. Nota de Evolución de 12 de octubre de 2021 a las 16:16 horas, en la que PSP5 adscrito al Servicio de Neurocirugía del HGR-45, realizó exploración neurológica a V e indicó que no requería intervención neuroquirúrgica y sugirió interconsulta a Medicina Interna; estableció diagnóstico, tratamiento y dio de alta a V de ese Servicio.

10.15. Nota de Evolución Nota de Neurología de 13 de octubre de 2021 a las 12:59 horas, en la cual PSP6 adscrito al Servicio de Neurología del HGR-45, señaló que en manejo conjunto con el Servicio de Medicina Interna se acepta a V para su valoración e indicó “franco deterioro neurológico”, realizó exploración física y neurológica a V; valoración de tomografía de control, estudios de laboratorio, diagnóstico y tratamiento.

10.16. Nota de Evolución de 13 de octubre de 2021 a las 18:36 horas, en la que PSP7 adscrito al Servicio de Neurocirugía del HGR-45, realizó exploración física de V, valoración de tomografía de cráneo que le fue practicada previamente y señaló no evacuar hemorragia, ya que no habría mejoría funcional; por lo que, indicó manejo paliativo y estableció diagnósticos, así como tratamiento.

10.17. Nota de Evolución Servicio de Neurología de HGR-45, de 14 de octubre de 2021 a las 10:18 horas, en la que PSP6 realizó exploración física y neurológica a V, valoración de tomografías de cráneo que le fueran practicadas previamente, estudios de laboratorio e indicó manejo con esteroide para disminución de edema y estableció diagnóstico, así como plan de tratamiento.

10.18. Nota de Evolución Neurología de HGR-45, de 15 de octubre de 2021 a las 12:00 horas, en la que PSP6 señaló en caso de que V requiriera manejo avanzado de la vía área, se decidió por parte de familiares la no intubación previa firma de consentimiento informado; realizó exploración física y neurológica a V, valoración de tomografías de cráneo que le fueran practicadas previamente, estudios de laboratorio, estableció diagnóstico y plan de tratamiento.

10.19. Nota de Evolución de 15 de octubre de 2021 a las 12:47 horas, elaborada por PSP8 adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGR-45, en la que indicó datos de exploración física y neurológica realizada a V, señaló deterioro neurológico, así como pronóstico precario y de calidad de vida, estableció diagnóstico y plan de tratamiento.

10.20. Nota de Evolución de 16 de octubre de 2021 a las 12:02 horas, elaborada por PSP9 adscrita al Servicio de Medicina Interna del HGR-45, en la que indicó estado de salud de V como delicado, datos de exploración física y neurológica realizada, y se informó a familiares pronóstico precario y de calidad de vida.

10.21. Nota de Evolución de 17 de octubre de 2021 a las 10:39 horas, elaborada por PSP9 adscrita al servicio de medicina interna del HGR-45, en la que indicó estado de salud de V como grave, así como datos de exploración física y neurológica realizada, diagnóstico y tratamiento.

10.22. Nota de Evolución de 18 de octubre de 2021 a las 10:46 horas, elaborada por

PSP8 en la que se asentó la actualización del cuadro clínico de V y se indicó que se encontraba en protocolo para colocación de sonda de gastronomía para su alimentación debido a su condición neurológica.

10.23. Nota de Egreso (alta) de 19 de octubre de 2021 a las 15:02 horas, elaborada por PSP8 en la cual señaló que el motivo del egreso de V fue por defunción a las 12:57 horas de ese mismo día, así como los diagnósticos correspondientes, resumen de evolución y manejo durante su estancia hospitalaria.

11. Acuerdo de 1 de julio de 2022, emitido por la Comisión Bipartita, en el cual se determinó que la Queja Médica QM interpuesta por QVI fue improcedente desde el punto de vista médico.

12. Acta circunstanciada de 4 de enero de 2023, elaborada por personal de la CNDH, en la cual se hizo constar la conversación telefónica que se sostuvo con QVI quien manifestó que, el 3 de enero de 2023, el IMSS le notificó vía oficio la resolución sobre la QM, comunicándole que se resolvió como improcedente.

13. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 25 de agosto de 2023, emitida por personal de esta Comisión Nacional, quien concluyó como inadecuada la atención médica proporcionada a V en la UMAE-175 del 10 al 11 de octubre de 2021.

14. Actas circunstanciadas de 2 y 20 de octubre de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien manifestó no haber presentado denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra del IMSS, ni denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en ese Instituto; además de indicar que no se inconformó o presentó recurso alguno en contra de la determinación de la QM.

15. Acta circunstanciada de 4 de diciembre de 2023, en la que personal de este

Organismo Nacional hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien proporcionó sus datos actualizados a efecto de ser localizado.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. La Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, resolvió el 1 de julio de 2022, la QM interpuesta por QVI con relación a los hechos motivo de la presente Recomendación, como improcedente desde el punto de vista médico, sin que QVI recurriera esa determinación.

17. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se tiene conocimiento de que se haya iniciado alguna carpeta de investigación o procedimiento administrativo, con motivo de los hechos narrados por QVI, como consecuencia de la inadecuada atención médica brindada a V por personal médico de la UMAE-175.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/9745/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la CNDH, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V; por los actos y omisiones atribuibles en el SU de la UMAE-175 por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, que contribuyeron al deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.³

20. El derecho de protección a la salud previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, reconocen que *“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”*, y reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud, el Estado y las Instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.⁴

21. En tanto que, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁵

22. La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma, en su artículo 25, párrafo primero que: “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure

³ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

⁴ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover”. ONU, Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

⁵ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.”

[...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

23. La CPEUM, en su artículo 1°, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte, así como de las garantías para su protección, favoreciendo en todo momento a las personas la protección más amplia y, las autoridades en el ámbito de sus competencias están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

24. En el artículo 4, párrafo cuarto de la CPEUM, establece que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

25. La SCJN, en tesis jurisprudencial señaló que el derecho a la salud y su protección debe de encausarse al bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que deriva en un derecho fundamental, consistente en la integridad físico-psicológica y/o psiquiátrica, por lo que el Estado tiene el interés de establecer los mecanismos para que las personas tengan acceso a los servicios de salud y las políticas públicas.⁶

26. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, que: “ (...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad, física, económica y*

⁶ Jurisprudencia 1a. XIII/2021 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época, Libro 63, Febrero de 2019, Tomo I, página 486. Reg. Digital 2022890.

*acceso a la información, aceptabilidad y calidad”.*⁷

27. En ese sentido, el 23 de abril de 2009, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General Número 15, “ Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que indicó que el desempeño de los servicios públicos de las Instituciones de salud es fundamental, que sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que ésta se proteja y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidades, accesibilidades, aceptabilidad y calidad.⁸

28. Cabe hacer mención que conforme al último párrafo del artículo 7 del RPM, se refiere a que *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”*, y que con relación al artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que indica que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”*, de lo anterior se advierte la responsabilidad institucional del IMSS.

29. En el presente asunto se trata de V, hombre adulto mayor sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, quien el 10 de octubre de 2021 a las 06:10 horas ingresó al SU del HGZ-14, ya que aproximadamente a las 04:00 horas de ese mismo día, presentó parálisis en lado izquierdo de su cara y cuerpo, por lo que fue atendido por PSP1 quien al realizar la valoración médica correspondiente, indicó que, además de lo ya señalado, sus signos vitales y la saturación de oxígeno eran normales; sin embargo, tenía

⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

⁸ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

alteraciones en la frecuencia cardiaca, con taquicardia e hipertensión arterial “...aumentada de 180/74 de forma grave (normal 120/80)”. A la exploración física V estaba despierto y orientado en el lugar, día, hora y persona, pupilas con buena respuesta a la luz.

30. En la Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, se advirtió la importancia de que V presentaba “...*asimetría facial hacia la izquierda (desviación de los músculos de la hemicara derecha hacía la izquierda), así como miembro superior e inferior izquierdo, sin resistencia a la gravedad (se realizan movimientos de flexión y extensión sin oponer resistencia), Daniels 0/5 (es una herramienta utilizada para medir la fuerza de los músculos en el cuerpo humano, especialmente en pacientes con trastornos neuromusculares o lesiones localizadas, donde la calificación normal es 5/5), es decir, que V no tenía fuerza ni resistencia en miembro superior ni inferior izquierdos.*

31. Por lo anterior, en la Opinión Médica referida se señaló que, de manera inmediata se le realizó a V un estudio tomográfico de cráneo (TAC), del cual PSP1 describió: “...se aprecia hemorragia interparenquimatosa de hemisferio derecho sin desviación de línea media”, por lo que adecuadamente integró los diagnósticos de “*Enfermedad Vascular cerebral hemorrágica*”⁹, así como “*Hipertensión arterial sistémica*”¹⁰, patología que agrava a evolución hacia un proceso hemorrágico o isquémico a nivel cerebral, situación que es considerada una urgencia (problema médico quirúrgico que pone en peligro la función, un órgano o la vida), por lo que ingresó al área de choque¹¹ del SU del HGZ-14, se solicitaron estudios de laboratorio correspondientes, así como medicamento para

⁹ Todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico.

¹⁰ Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

¹¹ Área destinada en brindar la atención avanzada al paciente con inestabilidad fisiológica que ponga en riesgo su vida o que se encuentre con un paro respiratorio y/o cardiorrespiratorio.

controlar la hipertensión arterial que presentaba V, cumpliendo con las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, y en apego al RPM y la Guía de HIC.

32. En la Opinión Médica mencionada, se indicó que posterior al ingreso de V al SU del HGZ-14 el 10 de octubre de 2021, se continuó brindándole la atención médica que requería en ese momento, ya que a las 07:02 horas, PSP1 realizó valoración y asentó que los signos vitales como temperatura y frecuencia respiratoria se encontraban normales, y mejoró la tensión arterial, ya que en ese momento fue de “...170/70 mmHg (normal 120/80 mmHg) con referencia a su ingreso que era de 180/74 mmHg...”, lo que demostró la eficacia del tratamiento antihipertensivo al disminuir las cifras de tensión arterial sistémica de forma paulatina.

33. Para las 08:41 y 09:48 horas de 10 de octubre de 2021, PSP2 reportó a V con estado de salud grave; sin embargo, la frecuencia cardíaca mejoró, ya que la taquicardia disminuyó de 120 latidos por minuto a cifra normal de 95, así como la tensión arterial que descendió a “...141/72 mmHg...”; PSP2 señaló que, conforme a los resultados de los estudios de laboratorio solicitados en el momento de su ingreso al HGR-14, éstos se encontraban en rangos normales.

34. Por lo anterior, en la Opinión Médica emitida por esta CNDH, se señaló que de manera urgente, PSP2 refirió y envió a V a la UMAE-175, para continuar con su tratamiento y atención médica por parte del Servicio de Neurocirugía, ya que las condiciones y la gravedad de V, así lo requerían, por lo que PSP1 y PSP2, quienes brindaron la atención médica a V, a su ingreso al SU del HGZ-14, cumplieron con lo recomendado en la GPCDT de EVCI, al realizar tomografía de cráneo, estudios de laboratorio, así como, ingresarlo al área de choque, y tratamiento antihipertensivo; de la misma manera, actuaron conforme lo estipulado en el RPM.

35. Posteriormente, el 10 de octubre de 2021 a las 13:01 horas, V ingresó al SU de la UMAE-175, donde AR1 lo reportó con signos vitales dentro de cifras normales: *“...temperatura de 36.5 ° C, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca 95 latidos por minuto, tensión arterial 141/72 mmHg, saturación de oxígeno 97%.”*; señaló que, fue enviado a esa unidad para valoración por parte del Servicio de Neurocirugía y diagnosticó a V con *“Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada”*; indicó se le suministraran medicamentos y oxígeno en puntas nasales a 3 litros por minuto, cuidados generales de enfermería y valoración por neurocirugía.

36. Conforme a lo señalado en la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, de manera inadecuada AR1 omitió realizar un interrogatorio minucioso y exhaustivo a V o a QVI, con relación a la presencia de otros eventos parecidos o iguales a este cuadro de enfermedad vascular cerebral, así como preguntar el tipo de medicamento para el “dolor” que consumía V y por cuánto tiempo; en la opinión médica referida se señaló que lo anterior es importante, ya que algunos analgésicos, como el ácido acetilsalicílico (aspirina), además de tener ese efecto, son *“antiagregante de plaquetarios”*; es decir, condiciona alteraciones en la coagulación y, por lo tanto, podría evolucionar a la presencia de sangrados.

37. En la Opinión Médica emitida por esta CNDH se advirtió que, de manera por demás errónea, AR1 suspendió a V el tratamiento antihipertensivo sin referir la razón de ello, toda vez que en las indicaciones médicas, no se encontraron prescritos los medicamentos *“...isosorbide, captopril y/o amlodipino...”*, antihipertensivos que ya se habían suministrado a V en el HGZ-14, por lo que AR1 incumplió con las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, respecto a que *“...Se recomienda dar tratamiento antihipertensivo hasta lograr una TA < 180/105 mm Hg... La presión arterial*

elevada es un factor de riesgo para la transformación hemorrágica sintomática..."

38. De igual manera, en la Opinión Médica referida, se señaló que AR1 prescribió a V la ministración de solución salina "...0.9% 1000 mililitros...", cuando lo recomendado es, en accidentes vasculares cerebrales, independientemente si son hemorrágicos o isquémicos, la utilización de soluciones hipertónicas como el "*manitol*", ya que, de acuerdo con la literatura médica universal: "*...La inflamación del cerebro (edema) es una de las principales causas de muerte prematura y de discapacidad a largo plazo después de un accidente cerebrovascular (una catástrofe repentina en el cerebro porque una arteria del cerebro se bloquea, o porque una arteria del cerebro o de su interior se rompe y sangra)...*", por lo que la solución de "*manitol*" se administra en una vena para reducir la inflamación y "*...el aumento de la inflamación (rebote) en el cerebro puede ocurrir después que se interrumpe el tratamiento...*"; es decir, el suministro de solución salina o fisiológica, incrementa el riesgo de edema cerebral y, consecuentemente, el daño neurológico, poniendo en peligro la vida de V.

39. Posteriormente, para las 15:03 horas de 10 de octubre de 2021, es decir dos horas después del ingreso de V a la UMAE-175, fue valorado por AR2 quien lo reportó con signos vitales dentro de rangos normales (temperatura: 36⁰c, frecuencia Respiratoria: 16, Frecuencia Cardíaca: 80), con presencia de "Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) hemorrágica", así como cuadro clínico "*sugestivo de hemorragia por angiopatía amiloide*", y estableció que V no contaba con datos que ameritaran "*...manejo neuroquirúrgico de urgencia por el momento, ni vigilancia por nuestro servicio en 3er nivel...*".

40. AR2 valoró la tomografía de cráneo que se realizó a V el 10 de octubre de 2021 en HGZ-14, de la cual indicó: "*...presencia de colección hiperdensa menor de 30 mm hacia*

la convexidad de lóbulo frontal derecho, con datos de alteración a nivel de cápsula interna. Sin desviación de la línea media, edema leve perilesional, cisternas de la base permeables...”; es decir que, de acuerdo con esa tomografía, V cursó con una hemorragia de aproximadamente 30 milímetros en el lóbulo frontal derecho, por sus dimensiones, en ese momento no era necesario realizar cirugía.

41. Por otro lado, en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se señaló que AR2 tenía la obligación de realizar a V un diagnóstico certero, toda vez que lo integró como *“sugestivo de hemorragia por angiopatía amiloide”*. Al respecto, la literatura médica menciona que, esta patología se caracteriza por *“...el depósito de P-amiloide, fundamentalmente AP40, en la pared de las pequeñas arterias cerebrales y leptomeníngeas, constituye un hallazgo muy frecuente en la enfermedad de Alzheimer y en sujetos cognitivamente sanos de edad avanzada. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, aunque la presencia de cambios típicos en la RM cerebral, junto con la demostración de patología amiloide cerebral mediante PETPIB o midiendo el descenso de AP-40 y AP-42 en líquido cefalorraquídeo (LCR), permite obviar la histopatología”*.

42. Por lo anterior, es así como el diagnóstico resulta inequívoco si existe confirmación histológica, luego entonces AR2 omitió realizar estudios complementarios, como lo eran punción lumbar con estudio de líquido cefalorraquídeo en búsqueda de depósitos de *“P-amiloide, fundamentalmente AP40”*, así como resonancia magnética (RM) para confirmar o descartar ese diagnóstico. Si bien es cierto, V era persona adulta mayor y se describieron cambios en la tomografía craneal, y que la *“hemorragia por angiopatía amiloide”*, era un diagnóstico para considerar, también lo es que AR2 no completó los estudios para confirmar o descartar esa patología.

43. Conforme a lo señalado en Opinión Médica elaborada por personal de este

Organismo Nacional, es de resaltar que la “Enfermedad Vascular Cerebral” es una urgencia, entendiendo que el RLGS en materia de prestaciones de servicios de atención médica en su artículo 72 indica: “... *Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata...*”, en ese orden de ideas, al encontrarse V en un hospital de tercer nivel de atención, con toda la infraestructura y personal especializado para realizar diagnósticos certeros y tratamientos idóneos, AR2 desestimó la gravedad de la enfermedad y la evolución a complicaciones funestas que, como especialista en neurocirugía, debería conocer.

44. La Opinión Médica referida mencionó que AR2 omitió solicitar valoración por parte del Servicio de Medicina Interna de forma urgente, para normar conducta a seguir para el manejo y control de la hipertensión arterial sistémica que presentaba V; en lugar de ello, indicó de manera incorrecta como plan de tratamiento dar de alta a V del Servicio de Neurocirugía de la UMAE-175 y trasladarlo en ambulancia convencional sin médico acompañante a hospital de segundo nivel, con lo cual incumplió con los lineamientos del RPM en sus artículos 5 y 7.

45. Además, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se señaló que AR2 de manera inadecuada proporcionó tratamiento médico a V, en el sentido de que realizó diagnóstico de “hemorragia por angiopatía amiloide”; lo idóneo era prescribir dosis altas de esteroide y monitorizar la evolución de la enfermedad de base, situación que no se observó; de acuerdo a lo señalado por la literatura médica, el tratamiento médico de la hemorragia intracraneal “...*se basa en el mantenimiento del soporte vital, la monitorización neurológica, el mantenimiento de la homeostasis y la prevención de complicaciones, todo ello con el objetivo fundamental de evitar el aumento del tamaño de la hemorragia, con el consiguiente aumento de efecto de masa y de presión intracraneal,*

y el deterioro neurológico secundario...”, por lo que el paciente debe ser asistido en un hospital que disponga de neurólogo, neurocirujano, tomografía computarizada, unidad de ictus y unidades de cuidados intensivos disponibles las 24 horas del día, condiciones que no fueron valoradas por AR2 ya que omitió solicitar radiografía de tórax y electrocardiograma, de manera incorrecta V permaneció en el área de Urgencias sin ingresar al área de choque o cuidados intensivos neurológicos como era lo indicado, lo que incumplió con las recomendaciones de la GPCDT de EVCI.

46. Si bien es cierto AR2 indicó el alta hospitalaria de V por no ser paciente quirúrgico, también lo es que no se realizó su traslado inmediato a un hospital de segundo nivel de atención, sino que permaneció internado en el SU del al UMAE-175, cuando lo correcto era ingresarlo al área de choque y/o unidad de cuidados intensivos, ya que se encontraba en la UMAE-175, que cuenta con la infraestructura y personal médico idóneo para diagnosticar y tratar este tipo de urgencias neurológicas, situación que permitió la evolución de la enfermedad de V a un franco deterioro.

47. Posteriormente, a las 00:19 horas del 11 de octubre de 2021, AR3 realizó exploración física y neurológica de V e integró el diagnóstico de *“Enfermedad Cerebrovascular, no especificada”*¹², y a pesar de estar internado en un hospital de tercer nivel de atención como lo es la UMAE-175, no se realizó un diagnóstico certero, toda vez que la causa de la enfermedad hemorrágica cerebral quedó como *“no especificada”*, por lo que AR3 continuó con el mismo plan de tratamiento para V, y de manera incorrecta prosiguió con la administración de solución salina, sin medidas antiedema (manitol), además de que se omitió nuevamente la ministración de tratamiento antihipertensivo, conducta que incumplió con las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, con la literatura médica al omitir manejo con “manitol”, así como con la NOM-030.SSA2-HTAS en sus numerales

¹² Afectación del parénquima cerebral, sin haber establecido la causa de origen.

3, 13.2 y 13.2.1, situación que ocasionó que aumentara el riesgo de que la hemorragia cerebral se incrementara y pusiera en peligro la vida de V.

48. Por otra parte, el 11 de octubre de 2021 a las 09:36 horas, AR4 valoró a V y señaló que sus signos vitales eran normales (temperatura: 36.3⁰c, frecuencia respiratoria 16, frecuencia cardiaca 102, saturación 97%), pero la tensión arterial se incrementó a 167/86 mmHg (normal 120/80 mmHg), en comparación con la tensión arterial a su ingreso a la UMAE-175 que fue de 141/72 mmHg, por lo que inició tratamiento antihipertensivo con medicamento; sin embargo, en ese momento V llevaba 20 horas sin el tratamiento referido, que requirió de un doble esquema previo a su ingreso a esa UMAE-175; sin embargo, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, se advirtió que AR4 omitió solicitar realizar una nueva tomografía para normar conducta y vigilancia de la progresión de la hemorragia cerebral, por lo que no se observó lo sugerido por la GPCDT de EVCI, la literatura médica especializada y la NOM-030.SSA2-HTAS en sus numerales 3, 13.2 y 13.2.1.

49. Para las 17:20 horas del 11 de octubre de 2021, AR5 valoró a V y señaló que sus signos vitales eran normales, pero con incremento de la frecuencia cardiaca (taquicardia) a 102 latidos por minuto (normal de 60-100 latidos por minuto) y sin descenso significativo de la tensión arterial de 164/100 mmHg, con cifra previa de 167/86 mmHg, por lo que llevaba aproximadamente ocho horas de haber iniciado tratamiento antihipertensivo con monoterapia a base de “Losartán”, además reportó a V *“agitado”*¹³, y *“desorientado en lugar y tiempo”*¹⁴, es decir, en ese momento V presentó alteraciones neurológicas en el estado de conciencia.

¹³ Estado de hiperactividad impulsiva aguda en grados variables, que requiere intervención.

¹⁴ Representa la ausencia de orientación temporal y/o espacial. Puede presentarse de forma pasajera en los trastornos de la conciencia de base orgánica como el delirium o de forma permanente en lesiones cerebrales.

50. Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que AR5 omitió solicitar valoración urgente por especialista en neurología y/o neurocirugía, así como tomografía axial y así establecer la progresión de la hemorragia intracraneal de V, para normar la conducta a seguir; sin embargo, AR5 se concretó a otorgar manejo sintomático ante la hipertensión arterial y agregó un segundo antihipertensivo denominado “Amlodipino”, desestimando los datos de deterioro neurológico antes señalados; de manera inadecuada, continuó con los trámites para el traslado de V a un hospital de segundo nivel de atención, sin tener un diagnóstico de certeza y en condiciones de inestabilidad, sin brindar el tratamiento requerido, por lo que incumplió con lo establecido por los artículos 4, fracción III, y 5 del RPM, y sin apego a las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, la literatura médica especializada y la NOM-030.SSA2-HTAS en sus numerales 3, 13.2 y 13.2.1, situación que puso en peligro la vida de V.

51. En la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que “...No se cuenta con elementos técnico-médicos, para establecer el por qué...” V fue trasladado al HGR-45 y no al HGZ-14, que era su hospital de adscripción y de donde fue referido, ni las condiciones de su traslado (ambulancia institucional o particular, si era de cuidados intensivos, o si fue con acompañante).

52. Posteriormente, a las 19:40 horas del 11 de octubre de 2021, V ingresó al SU del HGR-45, y a pesar de no ser su hospital de adscripción, pero atendiendo al estado de urgencia neurológica presentaba, no fue rechazado y recibió atención por parte de PSP3, quien lo reportó con hipertensión de 160/78mmHg (normal 120/80 mmHg), “... *inquieto, agitado*...”, situación que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, confirmó que el traslado de V que se realizó de la UMAE-175 al HGR-45 fue inadecuado, pues no

fue diagnosticado ni estabilizado, ya que permaneció con cifras altas de tensión arterial sistémica de 160/78 mmHg (normal 120/80 mmHg) y desorientado.

53. Además, en la Opinión Médica mencionada, se advirtió que, al tratamiento ya instaurado, se agregó “difenilhidantoína (DFH)”, medicamento aceptado para prevenir crisis convulsivas en pacientes con alteraciones de la conciencia, secundario a enfermedad vascular cerebral como lo era el caso de V.

54. En esa Opinión se señaló que, el 12 de octubre 2021, V fue interconsultado por PSP4 y PSP5, a las 13:12 horas y a las 16:16 horas, respectivamente, quienes realizaron una exploración neurológica completa y minuciosa, e indicaron que V “...*presentó apertura ocular a estímulo álgico¹⁵, emitía vocablos incomprensibles, sin obedecer órdenes. Los Nervios craneales con desviación de la mirada a la izquierda, parálisis facial central izquierda a la “maniobra de Foix”¹⁶, reflejo nauseoso disminuido. Motor: con hemiplejía izquierda 0/5, respuesta plantar indiferente izquierda, “signo de Hoffmann”¹⁷ negativo, sensibilidad con respuesta positiva al estímulo doloroso en hemicuerpo derecho, resto de la exploración no valorable...*”.

55. Por lo anterior, ante las mencionadas alteraciones neurológicas de V, PSP4 y PSP5 coincidieron que era prioritario hacer una nueva tomografía craneal simple y a su vez solicitaron valoración por especialista en medicina interna, para quedar a cargo de ese servicio.

¹⁵ Respuesta al dolor.

¹⁶ Dolor provocado por presión detrás del ángulo mandibular en dirección profunda hacia la apófisis estiloides.

¹⁷ Al rozar la uña del tercer o el cuarto dedo, se genera una flexión involuntaria de la falange distal del pulgar y el índice, búsqueda de daño en neurona motora superior.

56. Así, conforme a lo señalado en la Opinión Médica mencionada, el 13 de octubre de 2021 a las 12:59 horas, V de ingresó y quedó a cargo del Servicio de Medicina Interna del HGR-45, por lo que PSP6 indicó que: *“...se acepta paciente como manejo conjunto con medicina interna por solicitud de jefatura. Acudimos a valorar paciente quien muestra franco deterioro neurológico con respecto a lo referido en notas previas...”*, ya que contaba con reporte de tomografía de cráneo del mismo 13 de octubre de 2021, la cual demostró *“...borramiento de espacio subaracnoideo en hemisferio derecho, sin datos de sangrado intraventricular, parénquima cerebral borramiento de surcos y pérdida de diferenciación sustancia gris-blanca en hemisferio derecho, presencia de imágenes hiperdensas frontoparietales derechas cercanas a la convexidad, compatibles con hemorragia intraparenquimatosa, la de mayor tamaño de 49x30x51 volumen por ABH/2 de 37.4 cc, la segunda de 31x21x37 volumen de 24 cc, con edema perilesional y desviación de línea media de 8 mm, con hernia subfacial derecha...”*.

57. Lo anterior, se traduce en datos de *“....edema cerebral por borramiento de surcos y pérdida de la relación entre la sustancia gris y blanca del hemisferio derecho, además hemorragia (sangre) a nivel de lóbulos frontal y parietal derechos...”*, lo que evidenció la progresión del sangrado y la razón por la cual, en ese momento, V ya no era candidato a evacuación quirúrgica, por lo que PSP7 a las 18:36 horas del 13 de octubre de 2021, ante los hallazgos tomográficos y clínicos descritos con anterioridad, integró el diagnóstico de *"Probable degeneración cortico basal"*¹⁸, y agregó que la cirugía evacuadora *"...no otorga mejoría funcional y se acompaña de pronóstico oscuro y contrario a la calidad de vida de paciente y cuidador/es..."*.

¹⁸ Cambios neurodegenerativo lentamente progresivos, de inicio en la edad adulta que se presenta típicamente con parkinsonismo asimétrico y disfunción cognitiva.

58. PSP7 reportó a V con respiración “Cheyne-Stokes”¹⁹, a pesar de contar con oxígeno por puntas nasales, razón por la cual recomendó como plan terapéutico de V “...*manejo paliativo, evitar saña terapéutica y medidas de confort [...] con pronóstico malo para la vida y función a acorto plazo.*”, manejo médico que, de acuerdo con la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, fue en apego a las recomendaciones de la Guía de CP.

59. El 14 de octubre 2021 a las 10:18 horas, PSP6 agregó al manejo establecido, suministrar esteroide para disminución de edema cerebral de V y el 15 de octubre de 2021 a las 12:00 horas, señaló que “...*en caso de requerir manejo avanzado de la vía aérea familiares deciden no intubación, firmando consentimiento informado...*”.

60. Por lo anterior, el 15 de octubre 2021 a las 12:47 horas, PSP8 indicó que V mostró “...franco deterioro neurológico con respecto a lo referido en notas previas...”, y con tratamiento paliativo²⁰ V continuó con progresión del deterioro neurológico, sin tener opción de tratamiento curativo; a pesar de ello, los médicos tratantes mantuvieron vigentes sus visitas por turno a V y al pendiente de las complicaciones derivadas de la hemorragia en lóbulo temporal y frontal derecho, ya que el 16 de octubre de 2021 a las 12:02 horas y el 17 de octubre de 2021, a las 10:39 horas recibió atención por parte de PSP9; a las 10:46 horas del 18 de octubre 2021, PSP8 continuó con el tratamiento y medidas paliativas, como medidas de mantenimiento para su estado de nutrición.

61. El 19 de octubre de 2021 a las 15:02 horas PSP9 asentó en la nota de defunción que

¹⁹ Patrón anormal de respiración caracterizado por períodos alternos de apnea, respiración profunda y rápida. El ciclo comienza con respiraciones lentas y superficiales que incrementan gradualmente su profundidad y ritmo y que es seguido por un período de apnea.

²⁰ Son aquellos cuidados que centran su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

"...durante turno matutino se nos avisa por personal de enfermería ausencia de signos vitales de paciente a nuestra llegada se encuentra ausencia de pulso cardiaco no revirtiendo a maniobras de reanimación cardiopulmonar sin lograr retorno a la circulación espontánea, se declara fecha y hora de defunción el día martes, se informó a familiar del deceso...", por lo que se estableció como fecha y hora del fallecimiento de V, el 19 de octubre de 2021 a las 12:57 horas, tal como consta en el certificado de defunción correspondiente, y se establecieron como causas de muerte: "...Insuficiencia respiratoria aguda²¹, edema cerebral²², hemorragia intracerebral en hemisferio derecho..."²³.

62. Por lo tanto, en la Opinión médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se consideró que:

"...En el caso en particular, [V] falleció por Insuficiencia respiratoria secundario a enfermedad vascular cerebral hemorrágica inespecífica (causa indeterminada), toda vez que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, quienes lo atendieron del 10 al 11 de octubre de 2021 en la UMAE-175, desestimaron la urgencia de la Hemorragia intracerebral, omitieron realizar un diagnóstico certero y así instaurar un tratamiento idóneo al cual tenía derecho V, también suspendieron el tratamiento antihipertensivo, el manejo con soluciones parenterales no fue el correcto, lo dieron de alta sin diagnóstico y sin encontrarse estable de su estado neurológico, toda vez que se encontraba con hipertensión arterial sistémica y con deterioro del estado de consciencia;

²¹ Ocurre rápidamente y sin mucha advertencia. A menudo es causada por una enfermedad o lesión que afecta la respiración, como neumonía, sobredosis de opioides, hemorragia cerebral, o una lesión pulmonar o de la médula espinal.

²² Se presenta cuando hay una acumulación de líquidos en las células cerebrales, esto provoca una inflamación. El tejido cerebral es una de las áreas más graves donde se puede presentar este trastorno.

²³ Es un derrame de sangre dentro del cerebro por ruptura de un vaso sanguíneo por diversas causas, como la hipertensión, cambio degenerativos y traumatismos, entre otros.

es decir, sin haber tratado la urgencia neurológica, para cuando V fue trasladado al HGR-45 el 11 de octubre de 2021, ya presentaba deterioro neurológico franco, mismo que fue comprobado con resultado de tomografía craneal en la cual se observó edema cerebral y hemorragia en lóbulos parietal y frontal derecho de 374 y 24 centímetros cúbicos (cc), ante lo cual no fue candidato a tratamiento quirúrgico, quedando con cuidados paliativos, evolucionando al deterioro respiratorio, éste último hospital le brindó tratamiento paliativo adecuado, a pesar de ello falleció...”

63. 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.”²⁴ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

64. Por todo lo antes expuesto, se concluye que, la atención médica otorgada a V el 10 y 11 de octubre de 2021, por parte AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, adscritos a la UMAE-175, fue inadecuada y negligente, vulnerando en perjuicio de V su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4°, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y XI; 32, 33, fracciones I y II, de la LGS; 8, fracciones I y II; así como 9 y 48 del RLGS.

B. DERECHO A LA VIDA

65. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial sin que sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su

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

protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

66. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁵, entendiéndose con ello, que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

67. Por otra parte, la SCJN ha determinado que:

[...] el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...]. ²⁶

²⁵ CrIDH, Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

²⁶ SCJN. "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO". Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

68. Este Organismo Nacional ha sostenido que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [que], a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.

69. 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 y AR5 personal médico de la UMAE-175, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida. Al delimitarse las responsabilidades derivadas de las negligencias médicas descritas en los párrafos que anteceden, ésta disminuyó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la valoración adecuada de diagnóstico, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

70. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incurrieron en una inadecuada atención médica, al no realizar una correcta valoración clínica del estado de salud de V en el tratamiento médico necesario y suficiente durante la hospitalización comprendida del 10 al 11 de octubre de 2021, incurrieron en inobservancia a las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, del artículo 72 del RLGS en materia de prestaciones de servicios de atención médica, artículos 5 y 7 del RPM, NOM-030.SSA2-HTAS en sus numerales 3, 13.2 y 13.2.1.

71. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso las personas servidoras públicas de la UMAE-175 omitieron e incumplieron considerar el estado integral de V a quien, al no haber agotado los medios correspondientes ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrieron en negligencia por omisión al no realizar los diagnósticos y el tratamiento oportuno necesario que debía aplicarse, quien posteriormente fallecería.

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

72. 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 y adecuada por parte del personal médico de la UMAE-175.

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

74. 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. También, 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”.

75. Los artículos 17, párrafo primero, del “Protocolo de San Salvador”; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 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.

76. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México²⁷, explica con claridad que “para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un

²⁷ Publicado el 19 de febrero de 2019.

problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.”²⁸

77. 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 Mayores²⁹, 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”.

78. Además, 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.

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

80. También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020,

²⁸ CNDH, párrafo 418, pág. 232

²⁹ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002

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.”

81. 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 humanos³⁰; 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, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.

82. 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.”³¹ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

83. 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

³⁰ Recomendación 260/2022, párrafo 86

³¹ 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, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

bienestar.”³²

84. Considerando lo expuesto, el personal médico de la UMAE-175, debió tomar en cuenta que, en el caso de V se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que era una persona adulta mayor, por lo tanto, su atención tenía que ser prioritaria, oportuna e inmediata, atendiendo a su diagnóstico y padecimientos.

85. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.³³

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

86. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la inadecuada atención médica que proporcionaron AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personas servidoras públicas adscritas a la UMAE-175, al advertirse violaciones al derecho a la protección de

³² Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

³³ 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#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V persona adulto mayor, por lo que AR1 quien incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, al omitir realizar un interrogatorio minucioso y exhaustivo a V o a QVI, con relación a la presencia de otros eventos parecidos o iguales al cuadro de enfermedad vascular cerebral, así como preguntar el tipo de medicamento para el "dolor" que consumía V, y por cuánto tiempo; de manera errónea, suspendió a V el tratamiento antihipertensivo sin referir la razón de ello y prescribió a V la ministración de solución salina, situación que incrementó el riesgo de edema cerebral y, consecuentemente, el daño neurológico, que puso en peligro la vida de V.

87. De igual forma fue evidenciado que, AR2 incurrió en responsabilidad debido a que tenía la obligación de realizar a V un diagnóstico certero, toda vez que lo integró como "sugestivo de hemorragia por angiopatía amiloide", por lo que omitió la realización de estudios complementarios, como lo eran punción lumbar con estudio de líquido cefalorraquídeo en búsqueda de depósitos de "*P-amiloide, fundamentalmente AP40*", así como resonancia magnética para confirmar o descartar ese diagnóstico, por lo que desestimó la gravedad de la enfermedad de V y la evolución a complicaciones funestas que, como especialista en neurocirugía, debería conocer; omitió solicitar valoración por parte del Servicio de Medicina Interna de forma urgente, para normar conducta a seguir para el manejo y control de la hipertensión arterial sistémica que presentaba V y en lugar de ello, indicó de manera incorrecta como plan de tratamiento dar de alta a V del Servicio de Neurocirugía de la UMAE-175 y trasladarlo a hospital de segundo nivel; sin embargo, permaneció internado en el SU del al UMAE-175, cuando lo correcto era ingresarlo al Área de Choque y/o Unidad de Cuidados Intensivos, ya que se encontraba en la UMAE-175, la cual contaba con la infraestructura y personal médico idóneo para diagnosticar y tratar este tipo de urgencias neurológicas, situación que permitió la evolución de la enfermedad de V a un franco deterioro.

88. En cuanto a la responsabilidad de AR3, se evidenció en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, que otorgó a V un tratamiento médico inadecuado, ya que realizó la exploración física y neurológica e integró el diagnóstico de *“Enfermedad Cerebrovascular, no especificada”*, a pesar de estar V internado en un hospital de tercer nivel de atención como lo es la UMAE-175, no realizó un diagnóstico certero, toda vez que la causa de la enfermedad hemorrágica cerebral quedó establecida como *“no especificada”*, por lo que AR3 continuó con el mismo plan de tratamiento para V y de manera incorrecta prosiguió con la administración de solución salina, sin medidas antiedema (manitol), además de que omitió la ministración de tratamiento antihipertensivo, situación que ocasionó que aumentara el riesgo de que la hemorragia cerebral se incrementara y pusiera en peligro la vida de V.

89. Por otra parte, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, se advirtió que AR4 el 11 de octubre de 2021 a las 09:36 horas, valoró a V y señaló que sus signos vitales eran normales, pero la tensión arterial se incrementó a 167/86 mmHg (normal 120/80 mmHg), en comparación con la tensión arterial a su ingreso a la UMAE-175 que fue de 141/72 mmHg, por lo que inició tratamiento antihipertensivo con medicamento; sin embargo, en ese momento V llevaba 20 horas sin el tratamiento referido, que requirió de un doble esquema previo a su ingreso a esa UMAE-175; sin embargo, se omitió solicitar la realización de una nueva tomografía para normar conducta y vigilancia de la progresión de la hemorragia cerebral de V.

90. De igual forma, se evidenció en la Opinión Médica que, a las 17:20 horas del 11 de octubre de 2021, AR5 valoró a V y señaló que sus signos vitales eran normales; sin embargo, presentaba taquicardia e hipertensión arterial; además, lo reportó *“agitado”* y *“desorientado en lugar y tiempo”*; es decir, que en ese momento V presentó alteraciones

neurológicas en el estado de conciencia, por lo que AR5 omitió solicitar valoración urgente por especialista en neurología y/o neurocirugía, así como tomografía axial y así establecer la progresión de la hemorragia intracraneal de V, AR5 se concretó a otorgar manejo sintomático ante la hipertensión arterial, desestimando los datos de deterioro neurológico señalados; de manera inadecuada, continuó con los trámites para el traslado de V a un hospital de segundo nivel de atención, sin tener un diagnóstico de certeza y en condiciones de inestabilidad, sin brindar el tratamiento requerido, situación que puso en peligro la vida de V.

91. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 quienes trataron a V en la UMAE-175, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, deben de cumplir además, con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o bien, implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, 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, lo que en el caso concreto no aconteció.

92. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 del Reglamento Interno de esta Comisión

Nacional, este Organismo Autónomo tienen evidencias suficientes para en ejercicio de sus atribuciones presentará vista administrativa ante el Órgano Interno de Control Especializado (OIC) en el IMSS, para efectos de que se determine la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por la inadecuada atención médica otorgada a V atendiendo a su calidad de vulnerable, lo que derivó en la pérdida de su vida.

D.2. Responsabilidad Institucional

93. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º constitucional que a la letra versa: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tiene 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.”

94. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

95. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado, para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y los que conforman el Sistema de las Naciones Unidas.

96. Cuando las autoridades incumplen 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 corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

97. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores, corresponde al IMSS, toda vez que no se brindó atención médica de manera adecuada y oportuna a V, acorde con lo previsto en los artículos 48 y 72, del RLGS, por lo que el IMSS es responsable solidario del incumplimiento de esa obligación, de acuerdo con la propia normatividad, y en consecuencia, se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar esas prácticas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

99. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones II, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad en la materia aplicable al caso concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al trato digno en materia de salud, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir a V, así como a QVI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que QVI tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

100. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

101. Al respecto, la CIDH refirió en la sentencia relacionada al “Caso Espinoza González vs. Perú” 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”, de igual forma 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”.*³⁴

102. En consecuencia, el IMSS deberá realizar las siguientes acciones con la finalidad de otorgar una reparación integral a la víctima conforme a las siguientes consideraciones:

a) Medidas de rehabilitación

103. Las medidas de rehabilitación buscan facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, entre cuyas medidas se incluye la prestación de servicios de asesoría jurídica, tendientes a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas y a garantizar su disfrute pleno, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices Principios y Directrices 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, en el cual la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica y/o psiquiátrica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

104. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requiera, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para la víctima, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI para salvaguardar su derecho, cuando

³⁴ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

105. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia” ³⁵.

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

107. Para cuantificar el monto de la indemnización, la CrIDH estableció los siguientes parámetros: a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la citada CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los

³⁵ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

hechos del caso.

108. El otro parámetro para cuantificación del monto de la indemnización establecido por la CrIDH es b) Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de esta. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

109. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V, así como de QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, 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 reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento; ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de satisfacción

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

111. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas

adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Especializado en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos a la UMAE-175, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y se resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

d) Medidas de no repetición

112. Las medidas de no repetición consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

113. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS, diseñen e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Neurología y Neurocirugía de la UMAE-175, sobre: a) Derecho a la protección de la salud en lo relativo al diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención médica; así como en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica; y, b) A la vida, en materia de salud y marco normativo nacional e internacional, relacionado a la actuación clínica en la hemorragia intracerebral, con un enfoque diferenciado para las personas

adultas mayores, conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales correspondientes; así como, las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, la Guía de HIC y la NOM-030.SSA2-HTAS, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, 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. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

114. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

115. Una vez aceptada la presente Recomendación, con el objeto de prevenir hechos como los expuestas en el presente pronunciamiento, en el plazo de dos meses, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Neurología y Neurocirugía de la UMAE-175, en el que incluya las medidas adecuadas de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a la legislación nacional e internacional, así como la GPCDT de EVCI, la Guía de HIC y la NOM-030.SSA2-HTAS; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la

descripción de cómo se difundió.

116. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que 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.

117. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES:

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V, así como de QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, 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 reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de

conformidad con la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requiera, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para la víctima, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Especializado en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos a la UMAE-175, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y se resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Neurología y Neurocirugía de la UMAE-175, sobre: a) Derecho a la protección de la salud en lo relativo al diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención médica; así como en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica; y, b) A la vida, en materia de salud y marco normativo

nacional e internacional, relacionado a la actuación clínica en la hemorragia intracerebral, con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales correspondientes; así como, las recomendaciones de la GPCDT de EVCI, la Guía de HIC y la NOM-030.SSA2-HTAS, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, 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; y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Neurología y Neurocirugía de la UMAE-175, en el que incluya las medidas adecuadas de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a la legislación nacional e internacional, así como la GPCDT de EVCI, la Guía de HIC y la NOM-030.SSA2-HTAS; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

118. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley como de obtener, en términos del 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.

119. 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.

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

121. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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

BVH