

RECOMENDACIÓN NO. 108/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR INDÍGENA; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI Y VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 Y VI7 ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL “PRESIDENTE LÁZARO CÁRDENAS” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 18 de julio de 2025.

**DR. MARTÍ BATRES GUADARRAMA,
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2023/18995/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General

“Presidente Lázaro Cárdenas” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64 y 115 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 1, 6, 7, 10, 11 y 12 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, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

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

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Federal
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de Miocardio con elevación del segmento ST	GPC-Infarto agudo de Miocardio
Hospital General “Presidente Lázaro Cárdenas” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Chihuahua, Chihuahua.	HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”
Hospital Regional de Alta Especialidad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León	HRAE
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los	ISSSTE

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Trabajadores del Estado	
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	LISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	LDPAM
Revista Ciencias Médicas 2023. Factores de riesgo y terapéutica actual de los meningiomas intracraneales. Granados García 2016 Tratamiento del cáncer. Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. El Manual Moderno Neurol Arg. 2016 Meningiomas en neurooncología Guía de práctica clínica. Meningiomas Intracraneales, departamento de investigación, docencia y atención especializada en Neurocirugía, Perú, 2020	Literatura médica especializada
Manual de telemedicina en el ISSSTE, experiencia de atención médica a distancia, CENETEC	Manual de telemedicina
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la	NOM-Educación en salud

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
organización y funcionamiento de residencias médicas	de residencias médicas
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Opinión Especializada en materia de medicina de 15 de noviembre de 2024, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas	Opinión Especializada
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento-LGS
Reglamento de servicios médicos, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento-ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

El 18 de noviembre se recibió la queja presentada por QVI, en la que manifestó que V, personal adulta mayor indígena, ingresó al HG el 14 de octubre de 2023, con diagnóstico de tumor cerebral. El personal médico le informó que sería programada para una cirugía en un hospital de tercer nivel, sin embargo, dicho procedimiento no se llevó a cabo. Derivado de lo expuesto, QVI solicitó la intervención de esta CNDH para que se realizaran

gestiones en favor de V, así como para que se investigaran los hechos mencionados. Sin embargo, una vez que personal de este Organismo Nacional comenzó a realizar gestiones administrativas con personas servidoras públicas del ISSSTE, se recibió, mediante correo electrónico institucional, la notificación del lamentable fallecimiento de V, ocurrido el 28 de noviembre de 2023.

5. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2023/18995/Q**, a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V; se solicitó diversa información al ISSSTE, entre ella, copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

6. Acta circunstanciada de 18 de noviembre de 2023, en la cual esta Comisión Nacional recibió la queja de QVI.

7. Acta circunstanciada de 22 de noviembre de 2023, en la que se registró la comunicación entre el personal de esta Comisión Nacional y del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, para la gestión en la atención médica a V.

8. Acta circunstanciada de 4 de diciembre de 2023, en la que se hizo constar que QVI informó que V falleció y era su deseo que esta Comisión Nacional investigara lo que consideró fue una inadecuada atención médica.

9. Oficio de 7 de febrero de 2024, mediante el cual el ISSSTE dio respuesta parcial al requerimiento de información de esta CNDH.

10. Correo electrónico de 23 de agosto de 2024, a través del cual el ISSSTE adjuntó diversa documentación, así como el expediente clínico de la atención médica proporcionada a V en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, resultan relevantes las siguientes:

10.1. Hoja de Urgencias, de 15 de octubre de 2023 a las 12:19 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

10.2. Nota de ingreso a Neurocirugía, de 15 de octubre de 2023 a las 19:24 horas, elaborada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General.

10.3. Indicaciones de Ingreso a Neurocirugía de 15 de octubre de 2023 a las 19:24 horas, realizada por AR1 del servicio de Cirugía General.

10.4. Hoja de órdenes médicas de 16 de octubre de 2023 a las 11:38 horas, registrada por AR2 personal médico adscrito al servicio de Neurocirugía.

10.5. Hoja de enfermería de 16 de octubre de 2023.

10.6. Hoja de enfermería de 16 de octubre de 2023.

10.7. Hoja de órdenes médicas de 17 de octubre de 2023 a las 14:20 horas, sin registro de elaboración.

10.8. Hoja de órdenes médicas de 17 de octubre de 2023 a las 14:32 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Vigilancia Epidemiológica.

10.9. Hoja de enfermería de 18 de octubre de 2023.

10.10. Hojas de evolución del 18 al 20 de octubre de 2023, elaboradas por AR2.

10.11. Hoja de enfermería de 20 de octubre de 2024.

10.12. Hoja de evolución de 20 de octubre de 2024 a las 23:55 horas.

10.13. Hoja de evolución de 21 de octubre de 2023 a las 20:00 horas, elaborada por AR1.

10.14. Hoja de evolución de 22 de octubre de 2023 a las 10:22 horas, elaborada por personal médico del Servicio de Cirugía General.

10.15. Hoja de enfermería de 22 de octubre de 2023.

10.16. Hoja de evolución de 23 de octubre de 2023 a las 11:00 horas, elaborada por AR2.

10.17. Hoja de evolución de 24 de octubre de 2023 a las 08:00 horas, elaborada por AR2.

10.18. Hoja de evolución de 24 de octubre de 2023, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.

10.19. Solicitud de Referencia de 24 de octubre de 2023.

10.20. Hoja de evolución del 25 de octubre de 2023, a las 08:00 horas, signada por AR2.

10.21. Hoja de enfermería de 25 de octubre de 2025.

10.22. Resultado de Estudios de Laboratorio de 25 de octubre de 2023.

10.23. Hoja de evolución de 26 y 27 de octubre de 2023, suscrita por AR2.

10.24. Hojas de enfermería de 26 y 28 de octubre de 2023.

10.25. Hoja de evolución de 28 de octubre de 2023 a las 08:45 horas, elaborada por AR1.

10.26. Resultado de Estudios de Laboratorio de 28 de octubre de 2023.

10.27. Hoja de evolución de 29 de octubre de 2023 a las 07:00 horas,

elaborada por AR1.

10.28. Hoja de evolución de 30 de octubre de 2023 a las 10:00 horas, elaborada por AR2.

10.29. Solicitud de referencia de 30 de octubre de 2023, elaborada por personal médico del servicio de Neurocirugía.

10.30. Resultado de Estudios de Laboratorio de 30 de octubre de 2023.

10.31. Hoja de evolución de 31 de octubre de 2023 a las 10:00 horas, elaborada por AR2.

10.32. Hoja de enfermería de 31 de octubre de 2023.

10.33. Hoja de evolución de 1 de noviembre de 2023, elaborada por AR2.

10.34. Hoja de evolución de 2 de noviembre de 2023, a las 10:00 horas, signada por AR2.

10.35. Resultado de Estudios de Laboratorio de 2 de noviembre de 2023.

10.36. Resultado de Estudios de Laboratorio de 2 de noviembre de 2023.

10.37. Hoja de evolución de 3 de noviembre de 2023, a las 11:00 y 12:50 horas, signada por AR2.

10.38. Nota médica de valoración por videoconferencia de 3 de noviembre de 2023, elaborada por la Coordinación de Telesalud del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”.

10.39. Hoja de evolución de 4 de noviembre de 2023 a las 16:20 horas, signada por AR1.

10.40. Hoja de enfermería de 4 de noviembre de 2023.

10.41. Hoja de evolución de 5 de noviembre de 2023 a las 05:47 horas, signada por AR1.

10.42. Hoja de enfermería de 5 de noviembre de 2023.

10.43. Hoja de evolución de 6 de noviembre de 2023 a las 14:20 horas, signada por personal médico del servicio de Medicina Interna.

10.44. Hoja de evolución de 7 de noviembre de 2023 a las 11:00 horas, signada por AR2.

10.45. Hoja de evolución de 8 de noviembre de 2023 a las 14:00 horas, signada por AR2.

10.46. Hoja de evolución de 9 de noviembre de 2023 a las 12:00 horas, signada por AR2.

10.47. Hoja de evolución de 10 de noviembre de 2023 a las 13:00 horas, signada por AR2.

10.48. Solicitud de referencia, de 10 de noviembre de 2023, elaborada por personal médico del servicio de Neurocirugía.

10.49. Hoja de evolución de 11 de noviembre de 2023 a las 16:00 horas, signada por AR2.

10.50. Hoja de evolución de 12 de noviembre de 2023 a las 12:00 horas, signada por AR2.

10.51. Hoja de evolución de 13 de noviembre de 2023 a las 10:30 horas, signada por AR2.

10.52. Hoja de evolución de 14 de noviembre de 2023 a las 09:40 horas, signada por AR2.

10.53. Resultado de Estudios de Laboratorio de 14 de noviembre de 2023.

10.54. Electrocardiograma de 14 de noviembre de 2023.

10.55. Hoja de evolución de 15 de noviembre de 2023 a las 09:50 horas, signada por AR2.

10.56. Hoja de evolución de 16 de noviembre de 2023, signada por AR2.

10.57. Nota médica en Formato de solicitud de citas de tercer nivel de 16 de noviembre de 2023 a las 14:50, elaborada por personal médico del servicio de Telesalud.

10.58. Hoja de evolución de 17 de noviembre de 2023 a las 19:30 horas, signada por AR2.

10.59. Nota de evolución de Cirugía General de 18 de noviembre de 2023 a las 16:30 horas, signada por AR1.

10.60. Resultado de Examen General de Orina de 18 de noviembre de 2023.

10.61. Hojas de enfermería del 18 al 21 de noviembre de 2023.

10.62. Nota de evolución de Cirugía General de 20 de noviembre de 2023 a las 17:30 horas, signada por AR1.

10.63. Nota de evolución de 21 de noviembre de 2023 a las 11:00 horas, signada por AR2.

10.64. Nota de evolución de Cirugía General de 22 de noviembre de 2023 a las 05:30 horas, signada por AR2.

10.65. Hoja de evolución de 22 de noviembre de 2023 a las 10:41 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.

10.66. Hoja de órdenes médicas de 22 de noviembre de 2023 a las 12:00 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.

- 10.67.** Hoja de enfermería de 22 de noviembre de 2023.
- 10.68.** Resultado de Estudios de Laboratorio de 22 de noviembre de 2023.
- 10.69.** Nota de evolución de Cirugía General de 23 de noviembre de 2023 a las 08:30 horas, signada por AR2.
- 10.70.** Hoja de órdenes médicas de 23 de noviembre de 2023 a las 3:18 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.
- 10.71.** Nota médica en Formato de solicitud de citas de tercer nivel de 23 de noviembre de 2023 a las 13:30, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Telesalud.
- 10.72.** Hoja de enfermería de 23 de noviembre de 2023.
- 10.73.** Hoja de evolución de 24 de noviembre de 2023, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.
- 10.74.** Hoja de evolución de 25 de noviembre de 2023 a las 19:00 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.
- 10.75.** Hoja de evolución de 26 de noviembre de 2023 a las 12:55 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.
- 10.76.** Hoja de órdenes médicas de 26 de noviembre de 2023, signada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

10.77. Hoja de evolución de 27 y 28 de noviembre de 2023 a las 12:00 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.

10.78. Hoja de órdenes médicas de 28 de noviembre de 2023 a las 10:30 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

10.79. Nota de defunción de 28 de noviembre de 2023 a las 13:29 horas, signada por personal médico adscrito al servicio de Neurología.

10.80. Certificado de defunción de 28 de noviembre de 2023 a las 13:29 horas.

11. Oficio de 7 de febrero de 2024, suscrito por la Subdirectora Médica del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, por medio del cual informó a este Organismo Nacional el nombre y especialidad del personal médico que atendió a V.

12. Opinión Especializada de 15 de noviembre de 2024, emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, en el cual se concluyó que la atención médica proporcionada a V en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” fue inadecuada.

13. Acta circunstanciada de 3 de junio de 2025, en la cual se asentó que personal de esta Comisión Nacional estableció comunicación telefónica con QVI, quien proporcionó los nombres de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, e indicó que por los hechos materia de la queja no interpuso queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, tampoco en el OIC-ISSSTE y que no denunció los hechos ante la Fiscalía General de la República.

14. Correos electrónicos de 16 de junio y 10 de julio de 2025, a través de los cuales esta Comisión Nacional solicitó al ISSSTE, informar la situación laboral de AR1, AR2 y PSP.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. El 3 de junio de 2025, QVI informó a esta Organismo Nacional que no presentó denuncia penal o administrativa relacionada con los hechos que motivaron la presente recomendación. Por otra parte, este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitan establecer que se hubiese iniciado alguna queja médica.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

16. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2023/18995/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violación al derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7 atribuibles al personal médico del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

17. El derecho humano a la protección de la salud consiste en que se garantice a toda persona el acceso a condiciones, bienes y servicios de calidad necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, es decir, el bienestar físico, mental y social, siendo indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, el derecho humano a la protección de la salud se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto,¹ de la Constitución Política y en el artículo 1 Bis de la LGS, además la SCJN ha emitido Jurisprudencia al respecto¹ y esta CNDH ha formulado Recomendación General “Sobre el derecho a la protección de la salud”².

18. A nivel internacional, el derecho de protección a la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

¹ Artículo 4º: [...] *Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social...*”

² CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

“Protocolo de San Salvador”; así como en la sentencia de la CrIDH del Caso Vera y otra vs Ecuador.

19. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2 y PSP, todas personas servidoras públicas adscritas al HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, vigente al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle un diagnóstico certero, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

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

❖ Antecedentes clínicos de V

20. V, persona adulta mayor, no presentó antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, solo quirúrgicos consistentes en una resección de masa en la mano izquierda seis años antes y otra en la región occipital derecha cuatro años atrás.

❖ Atención médica brindada a V en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”

21. El 15 de octubre del 2023 a las 12:19 horas, V ingresó al servicio de Urgencias del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, donde fue atendida, sin referir signos vitales, no contaba con antecedentes personales patológicos, previamente recibió atención médica en la Clínica Hospital en Creel, Chihuahua, por un desmayo con debilidad o parálisis parcial en el lado izquierdo del cuerpo, fue referida de la Clínica Hospital Cuauhtémoc,

con diagnóstico de tumoración en las membranas que recubren el cerebro³, por tomografía computarizada de cráneo,⁴ (TAC).

22. A su ingreso V se encontraba consciente, orientada, cooperadora, con falta de control de miembro torácico izquierdo, a la exploración física no se escuchaba el sonido normal de aire entrando y saliendo en ambos pulmones, sin fenómenos agregados, miembro pélvico izquierdo con debilidad comparativa al miembro torácico, TAC con lesión tumoral en región frontal derecha, que ocasionó desviación de la línea media, fue ingresada al área de observación y personal médico del servicio de Urgencias instauró tratamiento, a base de antiinflamatorio esteroideo, diurético y anticonvulsivo, se solicitó estudios de laboratorio, radiografía de tórax, valoración preoperatoria por Medicina Interna e interconsulta a Neurocirugía.

23. A las 19:24 horas de ese mismo día, en el servicio de Urgencias, se realizó la nota de ingreso al servicio de Neurocirugía, por AR1, personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, con los antecedentes médicos ya mencionados, a la exploración física la reportó consciente, orientada, Glasgow de 15⁵, pupilas normales, nervios craneales íntegros⁶, signos meníngeos negativos⁷, extremidad torácica izquierda con fuerza nula, sensibilidad conservada, el resto de los miembros torácicos y pélvicos íntegros con fuerza, sin compromiso sensitivo, los resultados de los laboratorios denotaban insuficiencia renal aguda, así como inflamación hepática, el examen general de orina indicó datos de infección de vías urinarias, la TAC indicó una lesión hiperdensa frontal

³ Meningioma parietal derecho.

⁴ Es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para crear imágenes detalladas del cráneo, el cerebro y otras estructuras en la cabeza.

⁵ Una puntuación de 15 en la Escala de Glasgow indica que un paciente está completamente despierto, responde y no tiene problemas de razonamiento ni de memoria.

⁶ Nervios que transmiten información entre el encéfalo y los órganos de los sentidos intactos.

⁷ Sin rigidez de nuca.

derecha que generó que una estructura cerebral comprimiera las estructuras circundantes, desplazándolas, por lo cual se inició protocolo quirúrgico para craneotomía⁸, más resección de tumoración⁹, y se integró el diagnóstico de meningioma frontal derecho.

24. De conformidad con la Opinión Especializada, la atención médica proporcionada por AR1, fue adecuada, al ingresar a V al servicio de Neurocirugía e iniciar el protocolo prequirúrgico para llevar a cabo la resección de la tumoración, fue valorada por el servicio de Neurocirugía, en ese momento V no se encontraba descompensada, o con datos de hipertensión endocraneana (aumento de la presión dentro del cráneo) que requiriera tratamiento quirúrgico de urgencia, cumpliendo con lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS y la literatura médica especializada.

25. Del 16 al 17 de octubre del 2023, V estuvo en el Servicio de Urgencias, fue atendida por los servicios de Neurocirugía y Cirugía General mientras esperaba su operación. El 16 de octubre, AR2, personal médico del servicio de Neurocirugía la revisó y encontró que sus signos vitales estaban en 130/70 mm HG (un poco alta la presión, pero no grave), neurológicamente estaba despierta, seguía órdenes, pero tenía debilidad en un lado del cuerpo (como si un brazo o pierna no le respondieran bien).

26. El 17 de octubre del 2023, a las 14:20 horas, la ingresaron al servicio de Cirugía General, en donde personal médico del servicio de Neurocirugía (sin nombre ni matrícula registrada) la valoró otra vez. Sus signos vitales eran 138/68 mm HG, respiraba normal,

⁸ Es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae temporalmente una parte del cráneo para acceder al cerebro. Se realiza para tratar una variedad de afecciones, incluyendo tumores cerebrales, sangrado, coágulos de sangre, aneurismas cerebrales, y otras condiciones que requieren acceso al cerebro.

⁹ Cirugía para extirpar un tumor y, a menudo, tejido circundante sano para reducir el riesgo de que queden células cancerosas.

el corazón a 86 latidos (todo tranquilo), no tenía síntomas, podía comer, orinaba con sonda y estaba hidratada. El corazón y pulmones bien, el abdomen sin problemas quedaba pendiente realizarle una resonancia magnética del cráneo (con y sin contraste) para el día siguiente, además de una angioresonancia y venoresonancia (estudios para ver sus venas y arterias del cerebro), se continúa con el mismo tratamiento inicial.

27. Ese mismo día, a las 14:32 horas, el servicio de Vigilancia Epidemiológica realizó una inspección a V debido a que presentaba infestación por pediculosis, motivo por el que se solicitó su aislamiento aislarla para evitar contagios y que Trabajo Social consiguiera permetrina (un líquido para matar los piojos al bañarse) y manejar aparte su ropa de cama. Hasta ese momento, la atención médica fue correcta, porque V no tenía señales de deterioro neurológico ni presión alta en el cerebro que requiriera tratamiento quirúrgico de urgencia. Solo esperaban la resonancia para completar los estudios antes de la cirugía planeada (por su enfermedad de base). Cabe señalar que dicho procedimiento lo harían en el HRAE, aunque AR2 era neurocirujano y podía realizar dicha intervención.

28. Entre el 18 y 20 de octubre de 2023, AR2 evaluó a V, en un inicio sus signos vitales se encontraban alterados, el corazón le latía muy lento (bradicardia) y tenía la presión alta (hipertensión), pero respiraba normal y sin otros síntomas. El 18 de octubre, se veía agotada y apática, aunque comía, tomaba agua y orinaba con sonda sin problemas. En el examen físico su corazón, pulmones y abdomen se encontraban normales. Al día siguiente, le hicieron la resonancia magnética. Durante el estudio, su presión bajó y el corazón se puso aún más lento, pero los médicos decidieron no cambiarle el tratamiento hasta tener los resultados.

29. El 20 de octubre de 2023, reportaron que V seguía sin síntomas, pero estaba somnolienta y con el corazón lento¹⁰, ante estos síntomas se solicitó que la UCI la valorara, al respecto el personal médico (cuyo nombre no se entendió en el reporte) la revisó y anotó que presentó presión alta, corazón lento, sin fiebre y oxígeno al 95%. Aclaró que, desde que ingresó, V siempre había tenido el corazón entre 40 y 60 latidos por minuto¹¹ con presión alta y parálisis en un lado del cuerpo. Por el tamaño del tumor y lo avanzado de su caso, su única opción era la cirugía. La UCI sugirió suministrarle un diurético (para reducir líquidos en el cerebro) y acelerar su traslado a un hospital de tercer nivel (especializado).

30. Según la Opinión Especializada, la atención del 18 al 20 de octubre fue adecuada, toda vez que V estaba estable: aunque tenía debilidad en un brazo y pierna, no tenía otros síntomas, comía bien, orinaba con sonda y ya le habían realizado la resonancia para la cirugía que se realizaría en el HRAE. La UCI descartó suministrar medicamentos fuertes para subir la presión (aminas vasopresoras), porque su corazón lento y presión alta eran algo constante en ella. Siguió con el mismo tratamiento y vigilancia neurológica estricta.

31. El 21 de octubre de 2023 a las 20:00 horas, AR1 valoró a V encontrándola estable hemodinámicamente, bajo vigilancia. Al día siguiente, personal médico residente del servicio de Cirugía General y Medicina Interna la revisaron, observando que persistía con frecuencia cardíaca baja, respiración acelerada y presión arterial elevada, aunque con saturación de oxígeno aceptable. V se mostraba somnolienta, pero sin otros síntomas, toleraba alimentos por vía oral y orinaba mediante sonda; usaba mascarilla con reservorio de oxígeno, pero sin problemas cardiorrespiratorios aparentes, presentaba abdomen

¹⁰ Bradicardia.

¹¹ Los niveles normales son de 60-100.

distendido, pero sin alteraciones patológicas, y extremidades sin hinchazón. Mientras esperaban los resultados definitivos de la resonancia magnética, continuaron con el mismo manejo analgésico establecido.

32. El 23 de octubre de 2023, AR2 evaluó a V y encontró que seguía con presión alta, frecuencia cardíaca baja y buena oxigenación. En ese momento, V presentaba dolor de cabeza y seguía orinando normalmente, aunque ya no podía caminar por sí sola. Respondía a órdenes para mover el lado izquierdo de su cuerpo, y durante el examen físico estaba despierta, consciente y orientada, pero con signos de leve deshidratación. Sus pupilas eran de tamaño normal, pero mostraba debilidad en el brazo izquierdo y mejoro la fuerza de su pierna izquierda, aunque con sensibilidad conservada. Su circulación era adecuada, pero presentaba deterioro neurológico y signos de presión intracraneal elevada (tríada de Cushing)¹².

33. AR2 inició los trámites para su traslado a un hospital de tercer nivel, solicitó estudios de laboratorio, mantuvo el tratamiento con diurético y determinó que su pronóstico vital era desfavorable, informando de esto a sus familiares. La atención médica brindada por AR2 fue adecuada, considerando que V ya llevaba 8 días hospitalizada y presentaba dos de los tres síntomas de la tríada de Cushing (presión arterial alta y frecuencia cardíaca baja), aunque aún no mostraba depresión respiratoria. Sus niveles de oxígeno fluctuaban entre 90% y 100% con ayuda de oxígeno suplementario, pero sin requerir intubación o ventilación mecánica.

34. La tríada de Cushing, que aparece cuando aumenta la presión dentro del cráneo, en este caso era causada por el meningioma en la región frontal, el cual desplazaba

¹² Conjunto de tres signos clínicos que indican un aumento de la presión intracraneal, puede ser un signo de herniación cerebral inminente, los signos son: hipertensión, bradicardia (frecuencia cardíaca baja) y respiración irregular.

estructuras cerebrales, representa un alto riesgo de que el cerebro sufra una herniación, por lo que era urgente trasladar a V a un hospital especializado (tercer nivel) para operarla. Mientras tanto, AR2, inició el proceso de Referencia-Contrarreferencia para su traslado y continuó el tratamiento con medicamentos para reducir líquidos (diurético), antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios esteroideos y protectores gástricos.

35. El 24 de octubre de 2023 a las 08:00 horas, AR2 valoró a V, encontrando que tenía frecuencia cardíaca baja, presión arterial elevada, oxigenación al 95% y sin fiebre. Presentaba dificultad para mover el lado izquierdo del cuerpo y persistía con dolor de cabeza intenso. Al examen físico estaba consciente y orientada, con pupilas de tamaño normal, fuerza reducida en brazo y pierna izquierdas, pero con sensibilidad conservada, el lado derecho no mostraba alteraciones, se confirmó deterioro neurológico con tríada de Cushing (por presión intracraneal elevada). Mientras se gestionaba su traslado urgente (formato SM17 pendiente de firma), se informó a familiares sobre su mal pronóstico de vida.

36. Ese mismo día, el servicio de Neurología valoró a V y documentó: tumor cerebral extenso (meningioma) con deterioro respiratorio, a pesar de que estaba alerta y seguía órdenes, presentaba respiración rápida y oxigenación baja (87%), con disminución del aire en pulmones, probablemente por falta de oxígeno. Se añadió antibiótico y se solicitó tomografía de tórax y valoraciones por los servicios de evaluaciones por Neumología y Medicina Interna.

37. El 24 de octubre se formalizó el traslado de V al HRAE para el servicio de Neurocirugía. V estaba consciente, con pupilas normales y sin signos meníngeos, pero sin fuerza en brazo izquierdo y reflejos aumentados. La tomografía mostró un tumor

frontal derecho grande que desplazaba el cerebro. Con tratamiento con dexametasona, levofloxacino y furosemida, se envió para cirugía urgente.

38. Del 25 al 30 de octubre de 2023, V permaneció bajo el cuidado del servicio de Neurocirugía y Cirugía General en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”. El 25 de octubre, AR2 documentó que cursaba con temperatura normal (36.3°C), frecuencia cardíaca baja, presión arterial de 132/73 mm y oxigenación al 92%, persistía con dolor en el brazo izquierdo, aunque mostraba mejoría leve en la pierna izquierda. Se mantuvo el tratamiento con diuréticos, analgésicos, esteroides, antibióticos y protectores gástricos, mientras se gestionaba su traslado urgente a un hospital especializado (tercer nivel).

39. El 26 y 27 de octubre, AR2 la reportó con signos vitales estables, pero sin cambios en su estado neurológico, posteriormente el 28 de octubre, el servicio de Neurocirugía la describió consciente, con función pulmonar normal y evacuaciones presentes, pero reiteró su pronóstico reservado. El 29 de octubre, AR1 destacó mejoría subjetiva referida por sus familiares, aunque persistía el dolor en el brazo izquierdo y la necesidad de traslado. Para el 30 de octubre, AR1 registró presión arterial normal (122/74 mmHG), bradicardia y oxigenación al 95%, programó una consulta por Telemedicina con el servicio de Neurocirugía del HRAE para el 9 de noviembre, lo que retrasó aún más la intervención quirúrgica de V.

40. El 31 de octubre de 2023, AR2 valoró a V y documentó que continuaba en espera de su consulta programada para el 9 de noviembre con el servicio de Neurocirugía de tercer nivel. Durante la valoración, se observó que V mantenía una frecuencia cardíaca persistentemente baja, aunque con presión arterial normal, y los resultados de los análisis de sangre del día anterior mostraban un aumento de glóbulos blancos. Ante estos hallazgos, AR2 solicitó nuevos análisis de laboratorio y una radiografía de tórax para

evaluar su estado. V continuó recibiendo el mismo tratamiento establecido desde su ingreso, aunque con un pronóstico reservado que fue comunicado a sus familiares, mientras esperaban el traslado al HRAE.

41. Del 1 al 3 de noviembre de 2023, AR2 documentó el deterioro progresivo de V, quien presentaba signos vitales alterados como temperatura baja (36.1°C), frecuencia cardíaca disminuida y respiración acelerada, aunque mantenía presión arterial estable y adecuada oxigenación (95%). Durante estos días, V persistió con dolor en el brazo, cefaleas nocturnas y leucocitosis reflejados en estudios de laboratorios, lo que motivó el cambio de antibioticoterapia.

42. Pese a estos hallazgos alarmantes, la valoración por telemedicina del 3 de noviembre determinó que su caso "no era quirúrgico urgente", postergando su revaloración en 1 o 2 semanas, en la Opinión Especializada realizada por esta CNDH evidenció que AR2 omitió firmar las notas médicas, los residentes de Cirugía General (bajo supervisión de AR1) no documentaron resultados clave como la radiografía de tórax, y ambos equipos ignoraron la leucocitosis persistente y el alto riesgo de sepsis en V que se encontraba inmovilizada con tumor cerebral. Estas omisiones violaron lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM-Educación en salud de residencias médicas¹³; la GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y la literatura médica especializada.

¹³ Numeral 10.3. Recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos.

43. El 3 de noviembre de 2023, V fue evaluada mediante telemedicina por el servicio de Neurocirugía del HRAE debido a un tumor cerebral frontal de gran tamaño, aunque presentaba hemiparesia y cefalea, no mostraba signos evidentes de hipertensión intracraneana (como náuseas, vómitos o convulsiones), motivo por el cual el neurocirujano determinó que requería cirugía (craniectomía con tumorectomía), pero programó la intervención 2 semanas después y solicitó una nueva evaluación clínica y preoperatoria. Según la Opinión Especializada, esta decisión fue adecuada, ya que se basó en los hallazgos tomográficos y cumplió con los protocolos establecidos en la LGS, LISSSTE y la literatura médica especializada.

44. Sin embargo, del 4 al 9 de noviembre se identificaron omisiones cometidas por AR2 (Neurocirugía) quien no firmó las notas médicas de ese período, y los residentes de Cirugía General (bajo supervisión de AR1) solo dejaron constancia con firmas de médicos internos, en contravención con la NOM-Del Expediente Clínico. Adicionalmente AR1 omitió supervisar adecuadamente a los residentes y documentar los resultados de laboratorio de V, lo que representó un incumplimiento adicional a la normativa y comprometió la continuidad de su atención médica.

45. AR1 y AR2 pasaron por alto los estudios de laboratorio del 2 de noviembre de 2023 que mostraban claros signos de un proceso infeccioso en curso, pese a estos hallazgos, omitieron iniciar el protocolo de estudio completo que hubiera incluido urocultivo, hemocultivos, cultivo de catéter periférico, radiografía de tórax y examen general de orina para identificar el foco infeccioso. V continuó con el mismo esquema antibiótico desde el 3 de noviembre, a pesar de que para el 9 de noviembre los nuevos estudios demostraban que la infección había empeorado, mostrando marcadores de una respuesta inflamatoria sistémica.

46. Tampoco consideraron medidas básicas como la movilización continúa para prevenir úlceras por presión en un paciente inmovilizado, ni iniciaron profilaxis anticoagulante pese al alto riesgo trombótico por su prolongada estancia hospitalaria en cama, dichas omisiones en el manejo del proceso infeccioso y en la prevención de complicaciones nosocomiales representaron un incumplimiento a los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM sobre educación en residencias médicas; así como las Guías de Práctica Clínica para Sepsis Grave y la literatura médica especializada, contribuyendo al desenlace fatal de la paciente.

47. La Opinión Especializada determinó que existieron omisiones entre el 9 y 13 de noviembre de 2023. AR2 personal médico del servicio de Neurocirugía omitió firmar las notas médicas de este período, delegando estos registros únicamente a médicos internos, por su parte, AR1 personal médico del servicio de Cirugía General incumplió su deber de supervisión al no verificar que los médicos residentes bajo su cargo documentaran adecuadamente la evolución clínica de V, incluyendo los resultados de laboratorio que mostraban un deterioro infeccioso progresivo. Estas fallas documentales no solo comprometieron la continuidad de la atención médica y la toma oportuna de decisiones clínicas, sino que además representaron violaciones a los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM sobre educación en residencias médicas; así como las Guías de Práctica Clínica para Sepsis Grave y la literatura médica especializada, agravando el pronóstico de V.

48. Por otro lado, AR1 y AR2 no se dieron cuenta de los resultados de los estudios de laboratorio de los días 9 y 13 de noviembre del 2023, los cuales indicaban que V tenía una infección y bajas plaquetas. Ante lo cual debieron iniciar protocolo para verificar de dónde venía la infección, pero V siguió con el mismo antibiótico que le dieron desde el 3

de noviembre. Los exámenes confirmaban que la infección no se había controlado y que el antibiótico no estaba funcionando, a pesar de que ya se había completado el tratamiento. Además, las plaquetas continuaban bajas, lo que podía ser señal de una inflamación generalizada. Sin embargo, los médicos tratantes no lo notaron ni investigaron para ajustar el tratamiento, incumpliendo lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM-Educación en salud de residencias médicas; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto; la GPC-Infarto agudo de Miocardio y la literatura médica especializada.

49. El 14 de noviembre de 2023 a las 09:40 horas, V fue valorada nuevamente por AR2, quien anotó que sus signos vitales estaban normales, en ese momento, V toleraba la dieta, pero no podía caminar, se quejó de dolor de cabeza, dolor en la "boca del estómago" y molestias en las extremidades. Al revisarla, AR2 encontró que estaba despierta pero poco consciente, con episodios de confusión. Su abdomen no mostraba alteraciones, pero el electrocardiograma salió anormal, con cambios en el segmento ST, lo que sugiere falta de oxígeno al corazón, posible infarto agudo de miocardio, como se verá más adelante. Al día siguiente, el 15 de noviembre de 2023 a las 09:50 horas, V fue revisada otra vez por los mismos médicos, continuaba con signos vitales normales, pero ya no toleraba la dieta y orina solo por sonda. El dolor de cabeza frontal continuaba, y a la exploración física, estaba dormida.

50. El 16 de noviembre de 2023 (sin hora específica), V fue atendida por AR2 durante su día 36 de hospitalización, con poco consumo de alimentos, incapacidad para caminar y orinando con sonda, AR2 encontró que estaba poco reactiva, con episodios de confusión, no seguía órdenes y se comunicaba con dificultad. Sus pupilas eran de igual tamaño, no movía el brazo izquierdo cuando se le indicaba y tampoco movilizaba las piernas espontáneamente, además de persistir con dolor de cabeza y un marcado

deterioro neurológico, por lo que se mantenía en espera de valoración por un especialista de tercer nivel, aunque con pronóstico reservado, ese mismo día a las 14:50 horas, el servicio de Telemedicina del HRAE realizó una evaluación por videoconferencia donde se detectó que el personal administrativo no había programado correctamente la cita con los requisitos solicitados por el neurocirujano del hospital, lo que impidió que V recibiera la valoración especializada que necesitaba ese día.

51. La Opinión Especializada determinó que existió una omisión por parte del personal de Telemedicina del HRAE al no agendar adecuadamente la cita ni informar al neurocirujano sobre la necesidad de evaluar a V, quien se encontraba en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”. Esta falla retrasó la atención quirúrgica que requería para su meningioma, constituyendo una inobservancia a lo establecido en el Manual de Telemedicina. Si bien esta negligencia no influyó directamente en el manejo y pronóstico de su condición neurológica ya que su caso no cumplía criterios de urgencia quirúrgica en ese momento y había presentado una evolución fluctuante, es importante destacar que V ya presentaba complicaciones derivadas de su prolongada hospitalización que no fueron identificadas ni manejadas oportunamente, como se analizará posteriormente.

52. El 17 de noviembre de 2023 a las 19:30 horas, V fue valorada por AR2 del servicio médico de Neurocirugía, presentó presión arterial elevada, el resto de sus signos vitales se mantenían normales, con diagnósticos activos incluían meningioma en el lóbulo frontal derecho e infarto agudo al miocardio ocurrido tres días antes, durante la exploración física, se documentó que se encontraba afebril, con micción a través de sonda urinaria, acceso para gases arteriales, tendencia a la somnolencia y poca reactividad, con pupilas con reflejos normales, se identificaron reflejos de tallo cerebral presentes, pero no fue posible evaluar adecuadamente el lenguaje debido a su escasa cooperación. Ante este cuadro, AR2 solicitó valoración neurológica completa e interconsulta en el servicio de

Medicina Interna para el manejo del infarto reciente y coordinó los preparativos para su traslado a hospital de tercer nivel, manteniéndose en espera de esta derivación mientras continuaba con el manejo hospitalario establecido.

53. El 18 de noviembre de 2023 a las 16:30 horas, V fue evaluada por AR1, personal médico del servicio de Cirugía General, quien documentó que presentaba presión arterial baja, los demás signos vitales se mantenían normales. No toleraba alimentos por vía oral, orinaba mediante sonda y no había presentado evacuaciones intestinales. Requería oxígeno suplementario por mascarilla simple y permanecía postrada en cama. Al examen físico, sus pupilas eran de igual tamaño y respondían normalmente a la luz, no mostraba problemas cardiopulmonares y su abdomen no presentaba ruidos intestinales anormales. En ese momento, se encontraba en espera de una valoración por telemedicina.

54. El 20 de noviembre de 2023 a las 17:30 horas, V fue nuevamente valorada por AR1, presentó presión arterial en límite alto (134/74 mmHG) y frecuencia cardíaca elevada, con los demás parámetros dentro de lo normal. Se mantenía con monitorización continua y oxígeno suplementario, logrando una saturación del 96%. Neurológicamente mostraba un puntaje de Glasgow de 9 (indicando alteración de conciencia), pupilas de tamaño igual y reactivas a la luz, frecuencia cardíaca en límite normal, abdomen sin ruidos intestinales anormales y movilidad conservada en extremidades aunque con disminución de la fuerza muscular. Cuatro días antes había presentado inestabilidad hemodinámica que requirió oxígeno suplementario, aunque no llegó a necesitar medicamentos para mantener la presión arterial (aminas). En ese momento toleraba mínimas cantidades de dieta líquida y papilla. Se mantenía a la espera de valoración por Neurología para su eventual traslado a un hospital de tercer nivel, con un estado general deteriorado y pronóstico desfavorable debido a su condición neurológica de base.

55. El 21 de noviembre de 2023 a las 11:00 horas, V fue valorada nuevamente por AR2, presentando poca tolerancia a la vía oral, con acceso para toma de gases arteriales y ausencia de evacuaciones intestinales. Se encontraba afebril, sin dolor pero con marcada somnolencia. El examen físico mostró un sistema cardiopulmonar estable, abdomen blando no doloroso, y disminución de fuerza muscular sin alteraciones sensitivas. Permaneció en espera de valoración por Neurología para su traslado a tercer nivel, con pronóstico reservado.

56. El 22 de noviembre a las 05:30 horas, AR2 volvió a evaluar a V, la encontró con presión arterial limítrofe (134/74 mmHG), taquicardia, estado afebril y mala tolerancia oral aunque sin síntomas digestivos. Neurológicamente presentaba somnolencia, pupilas isocóricas y reactivas, reflejos de tallo presentes, con fuerza muscular notablemente disminuida en brazo izquierdo. Se mantuvo pendiente la valoración neurológica definitiva para su traslado, con pronóstico desfavorable debido a su condición de base.

57. La Opinión Especializada destacó omisiones durante el periodo del 17 al 21 de noviembre 2023, consistentes en que AR2 no firmó las notas médicas correspondientes, mientras que AR1 solo aparecen firmas de internos de pregrado, incumpliendo con la NOM-Del Expediente Clínico. Adicionalmente, AR1 omitió supervisar adecuadamente a los médicos residentes bajo su responsabilidad, fallando en registrar los resultados de laboratorio de V en las notas clínicas, lo que constituye otra violación a la normativa y comprometió la calidad de la documentación médica durante este periodo crítico.

58. Los médicos AR2 del servicio de Neurocirugía y AR1 del servicio de Cirugía General omitieron considerar los hallazgos relevantes en los estudios de laboratorio realizados los días 18 y 19 de noviembre de 2023, así como el examen general de orina del 18 de noviembre, el cual mostró presencia abundante de levaduras y escasas bacterias,

mientras que los análisis del 19 de noviembre revelaron leucocitosis con neutrofilia, hiperglicemia y trombocitopenia, datos sugestivos de un proceso infeccioso activo. A pesar de estos hallazgos, no se implementó el protocolo de estudio correspondiente que debió incluir toma de cultivos (urinario, hemocultivos y de catéter), radiografía de tórax e interconsulta con el servicio de Infectología.

59. V continuó recibiendo el mismo esquema antibiótico iniciado el 3 de noviembre durante 14 días consecutivos, suspendiéndose finalmente el 18 de noviembre sin instaurar terapia antifúngica a pesar de la evidencia de candidatura, persistieron datos clínicos y paraclínicos de sepsis (leucocitosis sostenida, taquicardia y deterioro neurológico progresivo) que no fueron adecuadamente valorados por el equipo tratante para modificar el manejo antimicrobiano. Asimismo, se mantuvo la omisión de interconsulta a Medicina Interna para el manejo integral del infarto agudo al miocardio previamente documentado, estas fallas en el proceso de atención representaron una inobservancia a los protocolos establecidos para el manejo de sepsis y complicaciones infecciosas en pacientes hospitalizados, incumpliendo lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM-Educación en salud de residencias médicas; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto; la GPC-Infarto agudo de Miocardio.

60. El 22 de noviembre de 2023 a las 10:41 horas, V fue evaluada por personal médico del servicio de Neurología junto con una residente de Medicina Interna, quienes documentaron signos vitales normales, pero con un marcado deterioro neurológico caracterizado por estupor (ausencia de respuesta a estímulos dolorosos), hemiplejía izquierda, respuesta plantar extensora y un Glasgow de 3 puntos, lo que sugería progresión de la tumoración cerebral con afectación de estructuras adyacentes. El equipo destacó la urgencia de intervención quirúrgica e inmediatamente solicitó estudios

complementarios (tomografía craneal simple, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos y pruebas hepáticas), manteniendo el tratamiento sintomático medicamentos¹⁴. La Opinión Especializada reconoció que la atención brindada ese día fue adecuada, ya que ante el deterioro agudo se inició protocolo diagnóstico y se ordenaron estudios pertinentes.

61. Al día siguiente, el 23 de noviembre a las 08:30 horas, AR2 junto con residentes de Cirugía General y un interno reevaluaron a V, encontrando presión arterial baja, taquicardia y saturación de oxígeno del 98%, neurológicamente presentaba deterioro progresivo: escasa respuesta verbal, pupilas isocóricas reactivas, somnolencia marcada, persistencia del estupor y hemiplejía¹⁵ izquierda. Mantenía soporte con oxígeno por mascarilla con reservorio, sonda nasogástrica y monitorización continua, con abdomen sin alteraciones, pero con intolerancia oral y retención de evacuaciones. El equipo enfatizó el mal estado general de V y el pronóstico desfavorable debido a la patología de base, manteniéndose a la espera de traslado definitivo a un hospital de tercer nivel para manejo especializado.

62. Ese mismo día se identificaron omisiones en la atención de V según la Opinión Especializada. Por parte del servicio de Neurocirugía a cargo de AR2, se omitió firmar las notas médicas correspondientes, mientras que AR1 sólo aparece la firma de una médica interna de pregrado, violando lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico. Asimismo, AR1 falló en su deber de supervisión al no verificar que se consignaran en la nota médica los resultados de laboratorio del día anterior.

¹⁴ Paracetamol, dexametasona, metamizol, tramadol, furosemida y omeprazol.

¹⁵ Parálisis

63. AR1 y AR2 pasaron por alto los resultados de laboratorio del 22 de noviembre que evidenciaban un proceso infeccioso activo, datos de respuesta inflamatoria sistémica que ameritaban acciones inmediatas, debiendo implementar protocolo de estudio que incluyera cultivos urinarios y hemocultivos, radiografía de tórax y examen físico completo, este último hubiera detectado las escaras sacras por inmovilidad prolongada que representaban otro posible foco infeccioso. Sin embargo, no se modificó el esquema de antibioticoterapia ni se tomaron estas medidas diagnósticas, a pesar del evidente deterioro de V.

64. La falta de atención oportuna a estos hallazgos críticos retrasó el diagnóstico y tratamiento adecuados, lo que pudo contribuir al agravamiento del estado de salud de V, incumpliendo con lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM de Educación en residencias médicas; numeral 10.3 de la NOM-Educación en salud de residencias médicas, así como a las Guías de Práctica Clínica para Sepsis Grave y Choque Séptico en Adultos e Infarto Agudo de Miocardio.

65. El 23 de noviembre de 2023 a las 11:50 horas, V fue evaluada por el servicio de Neurología y una residente de Medicina Interna, quienes documentaron que V se encontraba en estado de coma, con hemiplejía izquierda y respuesta plantar extensora, sin reacción a estímulos dolorosos o verbales. Los estudios de imagen mostraron edema cerebral severo y desplazamiento de línea media causado por el tumor, situación que hacía inviable su traslado a otro hospital.

66. El 23 de noviembre de 2023 a las 13:30 horas, se realizó una nueva consulta por Telemedicina con el servicio de Neurocirugía del HRAE para evaluar el estado crítico de V. Durante esta valoración, se indicó la realización urgente de una resonancia magnética

simple y contrastada de cráneo para obtener un diagnóstico topográfico preciso de la lesión tumoral y su relación con las estructuras cerebrales adyacentes. Se generó inmediatamente la solicitud de subrogación para realizar este estudio de imagen, considerando la gravedad del caso. El plan establecido fue que, una vez obtenidos los resultados de la resonancia magnética, el servicio de Neurocirugía de tercer nivel reevaluaría a la paciente para determinar las posibles opciones de manejo, aunque se mantenía el pronóstico reservado debido al avanzado estado de la enfermedad y el deterioro neurológico irreversible. Esta acción representó un último esfuerzo diagnóstico para caracterizar con mayor precisión la extensión de la patología neurológica de base, a pesar del contexto clínico desfavorable.

67. El 24 de noviembre de 2023, V fue evaluada conjuntamente por el servicio de Neurología y una residente de Medicina Interna, los diagnósticos activos incluían meningioma frontal derecho e infección de origen por determinar, durante la exploración neurológica se observó una leve mejoría en el nivel de conciencia, aunque V manifestó dolor en las úlceras por presión que fueron identificadas en esta ocasión, presentaba presión baja, taquicardia, saturación de oxígeno del 96% y niveles de glucosa elevada, el HRAE solicitó una nueva resonancia magnética que se realizaría al estabilizarse su condición, junto con revaloración por el servicio de Neurocirugía e interconsulta en la Clínica de Heridas.

68. La atención brindada este día por personal médico de los servicios de Neurología y Medicina Interna fue adecuada de conformidad con la Opinión Especializada, al identificar correctamente el proceso infeccioso y el reinició meropenem desde el día anterior (23 de noviembre) e implementar un protocolo diagnóstico completo para descartar otros focos infecciosos. Adicionalmente, establecieron medidas preventivas con cambios posturales cada 2 horas para evitar progresión de las escaras existentes y formación de nuevas

lesiones, demostrando un manejo activo de las complicaciones identificadas, cumpliendo lo establecido en los artículos 32 y 33 de la LGS; 7 y 9 del Reglamento-LGS; 35 de la LISSSTE; numeral 10.3 de la NOM-Educación en salud de residencias médicas; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y la literatura médica especializada. Sin embargo, el protocolo de estudio para el meningioma ya no era posible continuarlo por su deterioro clínico, quedando pendiente la resonancia magnética solicitada, así como las valoraciones y envío a tercer nivel de atención.

69. El 25 de noviembre de 2023 a las 19:00 horas, V fue evaluada por personal médico residente de Medicina Interna, quienes documentaron que persistía sin comunicación verbal, pero con quejidos, mantenía hemiplejía izquierda con respuesta plantar extensora y presentaba escaras sacras. Se solicitaron estudios de inflamación. Al día siguiente, personal médico del servicio de Medicina Interna encontró a V con taquicardia sostenida, sin comunicación, alimentación por sonda nasogástrica, oxigenoterapia con mascarilla con reservorio y presencia de escaras sacras. Se mantuvo pendiente la subrogación de la resonancia magnética indicada previamente y se inició noradrenalina como soporte vasopresor para la hipotensión, continuando con el manejo antibiótico establecido.

70. El 27 de noviembre, el servicio de Neurología reportó a V en condiciones críticas: dependiente de vasopresores, con desaturaciones y candiduria¹⁶ confirmada, por lo que se agregó fluconazol¹⁷ endovenoso con dosis de carga seguida de dosis horarias. Persistía la imposibilidad de traslado para resonancia magnética por inestabilidad clínica.

¹⁶ Candida en un urocultivo, conocido como candiduria, puede indicar tanto una simple colonización como una infección del tracto urinario.

¹⁷ Medicamento para tratar infecciones por hongos.

71. El 28 de noviembre de 2023 a las 12:00 horas, V fue valorada por el servicio de Neurología, indicaron que tenía un meningioma frontal extenso (un tumor cerebral grande pero no canceroso), edema perilesional (hinchazón alrededor del tumor) y choque séptico (una infección grave que le bajó mucho la presión, probablemente por una infección urinaria). V seguía sin responder, con respiración muy débil, no reaccionaba a palabras ni al dolor, estaba sudorosa, con las pupilas poco y respiraba muy rápido, por lo que necesitaba oxígeno. Su corazón latía aceleradamente, el abdomen no tenía sonidos intestinales, las extremidades estaban moradas por falta de oxígeno y su presión era tan baja que requirió medicamentos fuertes para subirla, le tomaron una gasometría (análisis de sangre para ver oxígeno y ácidos) porque sus pulmones y otros órganos ya no funcionaban bien. Debido a que el tumor cerebral seguía creciendo y comprimiendo su cerebro, ya no había opciones de tratamiento curativo, por lo que solo se le dio manejo paliativo con noradrenalina, hidrocortisona, sulfato de magnesio y micronebulizaciones para aliviar sus síntomas.

72. Ese mismo día a las 13:29 horas, el servicio de Neurología y de Medicina Interna acudieron al llamado de enfermería porque V ya no tenía signos vitales. Le hicieron reanimación cardiopulmonar durante 10 minutos, pero no lograron que su sangre volviera a circular. Al hacerle un electrocardiograma, salió una línea plana (sin latidos), y como no recuperó el ritmo cardíaco, declararon su fallecimiento a las 13:27 horas. Las causas de muerte que aparecieron en el certificado fueron: insuficiencia respiratoria aguda (que ocurrió minutos antes), choque séptico (que llevaba días afectándola) y meningioma del lóbulo frontal derecho (un tumor que ya tenía desde hacía meses).

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

73. El derecho humano a la vida es aquel que tiene por objeto el respeto al ciclo vital de todo ser humano, implica una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones y una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra, el goce de dicho derecho es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.

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

75. Al respecto, la SCJN¹⁸ ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, ya que no solo se limita a prohibir la privación de la vida, sino, la obligación de adoptar medidas positivas para preservar dicho derecho, en ese sentido, existirá transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.

76. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende

¹⁸ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

77. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida:

“es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”¹⁹; en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”²⁰.

78. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021²¹, reconoce la existencia de diversos acuerdos que han sido creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, al anterior tipo de acuerdo se le denomina *soft law*, ya que a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son

¹⁹ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

²⁰ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

²¹ Recomendación 39/2021, señaló que: (...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional, de los cuales destacan los siguientes: 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 médicos para preservar la vida de sus pacientes.

79. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada prestación del servicio brindada a V por AR1, AR2 y PSP, personal médico y administrativo adscrito al HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V

80. En la Opinión Especializada de esta Comisión Nacional se determinó que AR1, AR2 y PSP personal médico y administrativo adscrito al HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, quienes incumplieron con la LGS; el Reglamento-LGS; la LISSSTE; el Reglamento- ISSSTE y la GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, al tenor de las siguientes consideraciones:

80.1. AR2 y AR1, quienes tuvieron a su cargo la atención médica de V, omitieron realizar protocolo de estudio del proceso infeccioso presente desde su ingreso y brindar el seguimiento del mismo, ajustar tratamiento con base en los resultados de laboratorio, solicitar interconsulta al servicio de Medicina Interna e Infectología, para evitar complicaciones por la estancia prolongada, indicar movilización y anticoagulación, mientras se encontraba en espera de su traslado a tercer nivel para la resolución quirúrgica de su patología de base (meningioma frontal derecho).

Dicho incumplimiento condicionó un inadecuado manejo del proceso infeccioso, que evolucionó a sepsis, choque séptico, falla orgánica múltiple y su posterior fallecimiento 44 días después de su ingreso (del 15 de octubre al 28 de noviembre del 2023), por causas de insuficiencia respiratoria aguda y choque séptico.

80.2. Por parte del PSP, quien no gestionó el traslado próximo y urgente al HRAE o a otra unidad que contara con el recurso o subrogar el servicio, ya que V ameritó desde su ingreso, la resolución quirúrgica de su patología de reciente detección (meningioma frontal derecho), lo que condicionó una estancia prolongada (de 44 días) en espera del mismo, lo que propició la aparición de complicaciones y su posterior fallecimiento el 28 de noviembre del 2023.

81. Dichas omisiones ocasionaron el choque séptico que presentó V derivado de un inadecuado protocolo de estudio y seguimiento del mismo, por los servicios tratantes de Neurocirugía y Cirugía General durante la estancia intrahospitalaria prolongada, mientras se encontraba en espera de traslado para la resolución quirúrgica de la patología de reciente detección (meningioma frontal derecho), en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, lo que ocasionó su deterioro y posterior fallecimiento, en contravención a la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y la bibliografía médica especializada, vulnerando así su derecho a la vida.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO Y ATENCIÓN PRIORITARIA DE V, POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO PERSONA ADULTA MAYOR E INDÍGENA.

82. Al tomar en cuenta que V era una persona adulta mayor y de origen étnico raramuri

esta Comisión Nacional estima que las vulneraciones deben ser analizadas a la luz del marco jurídico nacional e internacional inherente a la protección de la salud de la población indígena y de las personas adultas mayores, los cuales se consideran transversalmente para el análisis del presente caso.

83. El caso de V, mujer indígena tarahumara y adulta mayor, se evidencian graves violaciones a su derecho a un trato digno desde una perspectiva interseccional que combinaba su condición étnica, edad avanzada y género. Como persona indígena, tenía derecho a recibir atención médica culturalmente adecuada, incluyendo el acceso a intérpretes profesionales en su lengua materna, sin embargo, durante su hospitalización, la comunicación médica se realizó únicamente a través de familiares mediante "interrogatorio indirecto", limitando su autonomía y capacidad para expresar síntomas o comprender tratamientos. Como persona adulta mayor, el HG-"Presidente Lázaro Cárdenas" omitió protocolos geriátricos básicos, toda vez que no se implementaron medidas para prevenir úlceras por presión -que solo fueron detectadas en etapa avanzada. La falta de perspectiva intercultural y geriátrica derivó en retrasos críticos: desde la ausencia de traslado oportuno para su cirugía de meningioma hasta el manejo inadecuado de infecciones que culminaron en sepsis fatal.

84. El derecho a la salud es un derecho fundamental reconocido en normativas nacionales e internacionales, pero en México aún no se garantiza plenamente debido a la falta de acceso a servicios médicos en muchas localidades. A pesar de algunos avances, persisten problemas como la insuficiente atención médica, la escasez de personal en clínicas rurales y la precaria infraestructura hospitalaria, en ese sentido las comunidades indígenas son las más afectadas, ya que reciben una atención tardía y de menor calidad, en ese sentido el Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad

social y acceso a la salud para toda la población, mientras que el personal médico debe respetar y promover los derechos humanos, con especial atención a los pueblos originarios.²²

85. Vinculado a la transgresión del derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la legislación nacional como internacional, V debió recibir una atención especializada y prioritaria por parte del personal médico del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” o en su caso debió ser trasladada a un siguiente nivel de atención médica.

86. El derecho humano a un trato digno es el derecho de todo ser humano a ser tratado en condiciones de igualdad jurídica, social, económica, cultural y de cualquier otra naturaleza, con pleno respeto a la dignidad humana²³, se encuentra reconocido en la Constitución Política en el artículo 1, párrafo quinto y en diversos instrumentos internacionales en la materia, la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en su artículo 11.1 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 1, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

87. En específico con respecto a las personas adultas mayores, son aplicables los siguientes instrumentos internacionales, el Protocolo Adicional a la Convención

²² EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, Servicios y atención en las clínicas de las comunidades <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>

²³ Artículo 1º [...] Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 17, párrafo primero, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 9, 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.

88. Conforme al artículo 9 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Estado deberá asegurar la atención prioritaria de los servicios integrales de salud a la persona adulta mayor, a fin de garantizar la calidad de vida y evitar que la persona viva algún tipo de violencia.

89. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la LDPAM, en su artículo 3, fracción I, señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más, los artículos 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, disponen como principio rector la atención preferente e integral para que las personas adultas mayores vivan una vejez plena y sana.

90. Por eso, las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, pues por su avanzada edad en ocasiones son colocados en situación de desatención, siendo este el principal obstáculo que las personas adultas mayores deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

91. La ONU 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, por su parte, el sistema jurídico mexicano identifica a las personas en situación de vulnerabilidad como aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”²⁵.

92. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México²⁶, explica con claridad que, respecto a la cobertura de los servicios de salud, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios, problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.

93. Ahora bien, a fin de garantizar una adecuada atención médica a las personas, se deben de considerar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU²⁷, en específico para el caso en estudio, el Objetivo tercero que consiste en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades (...)”, por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo, es por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de 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, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

²⁵ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

²⁶ Publicado el 19 de febrero de 2019.

²⁷ La Agenda 2030 de la ONU establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible que buscan un futuro más justo y sostenible para todos. Estos objetivos, con metas a alcanzar para 2030, abarcan temas sociales, económicos y ambientales, como la erradicación de la pobreza, la igualdad de género, la acción climática, y la promoción de la paz y la justicia.

encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

94. Por lo anteriormente argumentado, V pertenece a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, por lo que debió recibir atención médica preferencial y especializada en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” y recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado a fin de evitar las complicaciones que presentó cuando no le brindaron una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud hasta la pérdida de la vida.

95. Pese al proceso biológico de envejecimiento y las otras condiciones que acarrea la edad de la persona, las personas adultas mayores son sujetos plenos de derechos, que tendrían que decidir, en lo posible, según los casos, sobre su propia vida y vivir una vejez en dignidad; es por ello, que el Estado Mexicano tiene la obligación de proporcionar la atención médica que éste grupo poblacional requiere para prolongar la vida de calidad; y al obstruir el acceso a la atención médica, se vulneró el derecho a la salud con las omisiones administrativas y médicas que se observaron en el presente caso, se generó que la vida de V, de la cual se desconoce de cuánto tiempo más pudo gozar, se acortara y causara un agravio al círculo cercano que lo rodeaba.

96. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque *pro-persona*²⁸ y de transversalización de

²⁸ 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

la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país²⁹.

97. El artículo 3, fracción I, de la LDPAM señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer sus necesidades para que vivan una vejez plena y sana.

98. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México³⁰, explica con claridad que:

“para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento”.³¹

99. De igual forma, en la Recomendación 8/2020 se destacó que este derecho de las personas adultas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.³²

<https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona> consultado el 24 de noviembre de 2021.

²⁹ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

³⁰ Publicado el 19 de febrero de 2019.

³¹ Párrafo 418.

³² Párrafo 93.

100. El trato prioritario 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 humanos³³; 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, lo cual contribuyó en las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

101. En el presente caso, la atención médica inadecuada proporcionada a V contribuyó directamente a su desenlace fatal, debido al retraso injustificado de 44 días en su traslado al HRAE para su intervención quirúrgica, a pesar de presentar criterios de urgencia neuroquirúrgica; adicionalmente a ello, el manejo de su proceso infeccioso fue inadecuado y se omitió la implementación de medidas geriátricas básicas para prevenir complicaciones como escaras sacras e infecciones nosocomiales. Dichas omisiones en el diagnóstico oportuno, la estadificación clínica precisa y la implementación de terapias específicas, favorecieron la progresión de su enfermedad y el deterioro en sus condiciones generales de salud, ocasionando la defunción de V.

102. Por lo anterior, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, no recibió un trato prioritario que permitiera la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, que ocasionaron la evolución de manera tórpida de V, con deterioro de su estado de salud que concluyó con su lamentable deceso.

³³ CNDH. Recomendación 260/2022, párrafo 86.

103. Anteriormente, esta Comisión, se pronunció respecto a las violaciones de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las Recomendaciones: 9/2025, 11/2025, 35/2025, 36/2025 y 39/2025.

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

104. El derecho humano de acceso a la información es aquel que garantiza a las personas el acceso a la información pública, buscar, obtener y difundir libremente la información en cualquiera de sus manifestaciones (oral, escrita, medios electrónicos o informáticos), implicando una obligación para el Estado permitir su acceso, en específico en materia de salud, tiene que ver con la debida integración del expediente clínico de cualquier paciente, así como a su acceso por parte del paciente y su familia.

105. Este derecho está contemplado en el artículo 6, párrafo segundo de la Constitución Política³⁴, de igual forma en el ámbito internación se encuentra reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 19, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el numera IV, en la Declaración de Principios sobre Libertad de Expresión en sus principios 2, 3 y 4), en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19 y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el numeral 13.1.

³⁴ Artículo 6o. [...] Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.

106. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017³⁵, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”³⁶

107. Por su parte, la CrIDH³⁷ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una Guía para el tratamiento médico, para conocer el estado de la persona enferma y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza³⁸.

108. De igual forma, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

³⁵ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

³⁶ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

³⁷ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

³⁸ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

109. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.³⁹

110. De igual forma, se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona⁴⁰.

111. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a

³⁹ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

⁴⁰ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben⁴¹.

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

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

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

114. De conformidad con la Opinión Especializada de esta CNDH, dentro del expediente clínico formado en el HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” por la atención médica que se le brindó a V, se aprecian las siguientes omisiones:

114.1. Existió omisión por parte de los servicios de Neurocirugía a cargo de AR2 y por el servicio de Cirugía General a cargo de AR1, en el período comprendido del 31 de octubre al 13 de noviembre y posteriormente del 17 al 21 y el 23 de noviembre del 2023, AR2 omitió firmar las notas médicas correspondientes a ese período; asimismo existe omisión de las firmas de los médicos residentes de

⁴¹ Como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

Cirugía General que proporcionaron atención médica a V durante ese período ya que únicamente se encuentra la firma de los médicos internos de pregrado, inobservando lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico en su numeral 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital.

114.2. Adicionalmente AR1, omitió supervisar a los médicos residentes a cargo de V que se encontraban bajo su vigilancia, en el período comprendido del 31 de octubre al 13 de noviembre y posteriormente del 17 al 21 y el 23 de noviembre del 2023, al no consignar en las notas médicas, los resultados de laboratorio realizados a V, inobservando la NOM-Del Expediente Clínico. 6.2 Nota de evolución 6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

115. La responsabilidad de AR1, AR2 y PSP, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno como se constató en las observaciones de la Opinión Especializada de esta Comisión Nacional, y quedo expuesto en los párrafos 80.1, 80.2 y 81 de la presente Recomendación que se dan por reproducidos como si a la letra se insertaran.

116. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista ante el OIC-ISSSTE, en contra de AR1 y AR2 a efecto que, de ser el caso, se realice la investigación correspondiente, por las irregularidades en la atención médica proporcionada a V, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. Responsabilidad institucional

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

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

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

120. En el presente caso, de conformidad con la Opinión especializada de esta CNDH, se advirtió que el personal encargado de la atención hospitalaria de V incumplió con la observancia de la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y la bibliografía médica especializada.

121. Concluyendo esta Comisión Nacional que, además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico y administrativo, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal cumpla con el marco normativo de la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y la bibliografía médica especializada.

122. Por lo anterior, en el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la responsabilidad Institucional por parte del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, toda vez que como se señaló previamente, la atención médica brindada a V no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, y toda vez que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para observar el debido cumplimiento de la literatura médica (Guías Prácticas Clínicas) y de las Normas Oficiales Mexicanas que orientan la

atención médica y labor del personal médico y administrativo.

123. Aunado a lo anterior es preciso señalar que la responsabilidad Institucional por parte del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, también quedó acreditada en torno a las inconsistencias que se presentaron en la integración del expediente clínico integrado en la unidad médica de referencia, como se desarrolló en el apartado correspondiente, ya que éste, no cuenta con la formalidad necesaria en su integración, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Expediente Clínico, en donde se indica que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

124. Adicionalmente, se apreció omisión por parte del personal administrativo encargado del servicio de Telemedicina del HRAE, al no agendar cita programada y no informarle al médico especialista de Neurocirugía del citado hospital que llevara a cabo la valoración que ameritaba V, por lo que existió inobservancia a lo establecido en el Manual de telemedicina. Dicha inobservancia no influyó en el manejo y pronóstico de su patología neurológica.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 65 inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

126. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violación al derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, por lo cual se les deberá inscribir a V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que accedan a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

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

compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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

I. Medidas de Rehabilitación

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

130. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la LGV, deberá proporcionar, a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar sus derechos, cuando así lo determinen o deseen 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 este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello

para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

II. Medidas de Compensación

131. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material y/o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*⁴².

132. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a las víctimas, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

133. De conformidad con los artículos 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por las víctimas, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los que las víctimas

⁴² *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

134. De igual forma, en el caso de que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y éstas no hayan iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúen con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por las víctimas, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando éstas así lo soliciten ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

III. Medidas de Satisfacción

135. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV, y 73, fracción I, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que

se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

136. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con las autoridades investigadoras en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el OIC-ISSSTE en contra de AR1 y AR2 por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

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

IV. Medidas de no repetición

138. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la LGV, éstas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

139. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, dirigido al personal médico del servicio de Neurocirugía, Cirugía General y personal Directivo del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas”, en particular a AR1, AR2 y PSP, en caso de seguir activos laboralmente; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

140. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir circulares tanto al personal médico de Neurocirugía, Cirugía General y Directivo del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” y al personal médico de Neurocirugía y Directivo del HRAE, en la que describa las medidas de supervisión

para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico y la GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, a efecto de que las personas adultas mayores reciban una valoración interdisciplinaria de manera prioritaria; así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

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

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

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI y VI, que incluya la medida de compensación, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, en términos de la LGV, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas atendiendo a la LGV, se deberá proporcionar, en caso de requerirlo, a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 y VI7, la atención psicológica y/o tanatológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar sus derechos, cuando así lo determinen o deseen 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. El ISSSTE deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentará ante el OIC-ISSSTE, en contra de AR1 y AR2 por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-ISSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, en particular a AR1, AR2 y PSP, en caso de continuar activos laboralmente; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, para que se emitan circulares tanto al personal médico de Neurocirugía, Cirugía General y Directivo del HG-“Presidente Lázaro Cárdenas” y al personal médico de Neurocirugía y Directivo del HRAE, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas

en la LGS; el Reglamento-LGS; el Reglamento-SSSTE; GPC-de la infección de sitio quirúrgico; GPC-Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, a efecto de que las personas adultas mayores, reciban una valoración interdisciplinaria con personal que este capacitado y sensibilizado con dicha etapa de la vida, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de las circulares y la descripción de cómo se difundió.

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

143. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

144. 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.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM