



RECOMENDACIÓN No. 31 / 2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA, POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, PERSONA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON MEDICINA FAMILIAR 19 EN ALTAMIRANO, GUERRERO Y EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 24 de agosto de 2020

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2016/2202/Q**, relacionado con el caso de V1.



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 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno, y 68, fracción VI, y 116, párrafos primero, y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 3º, fracción VI, 16 y 113 fracción I, y último párrafo, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Clave	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidores Públicos

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, juzgados, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominaciones	Acrónimo
Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Altamirano, Guerrero.	Hospital General MF-19
Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” en el	Hospital “La Raza”



Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.	
Hospital General Regional 1 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero.	Hospital General R-1
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”.	NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.	Reglamento en Materia de Prestaciones Médicas.
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Quinta Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.	Sala Regional 1
Tercera Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.	Sala Regional 2
Sala Especializada en Juicios en Línea del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.	Sala Especializada 1
Juzgado Decimocuarto de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México.	Juzgado de Distrito 1
Juzgado Decimosegundo de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México.	Juzgado de Distrito 2
Decimooctavo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.	Tribunal Colegiado 1



Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.	Tribunal Colegiado 2
Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.	Tribunal Colegiado 3

I. HECHOS.

4. El 18 de enero de 2016, V2 (familiar de V1) presentó queja ante este Organismo Nacional, en la que señaló que el 9 de agosto de 2013, V1 (persona del sexo masculino de 85 años), ingresó al Hospital General MF-19, debido a que exteriorizó dificultad para articular sonidos y palabras (disartria); así como para caminar y masticar, con malestar general de seis días de evolución.

5. Con base en la exploración física se encontró a V1, con diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular cerebral (“EVC”), motivo por el que se indicó su hospitalización a cargo del servicio de medicina interna. V1 tuvo mejoría, y, fue dado de alta, a las 11:50 horas del día 12 de agosto de 2013.

6. El 14 de agosto de 2013, V1 acudió al Hospital “La Raza”, donde fue valorado por el área de Neurología y se indicó practicarle una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo a fin de determinar lesión, con resultado de disminución de la masa encefálica importante (atrofia corticosubcortical), corroborándose el diagnóstico de “EVC” isquémico temporoparietal izquierdo, dándolo de alta al día siguiente al no presentar datos clínicos que ameritaran hospitalización.

7. El 23 de agosto de 2013, V1 fue llevado al servicio de urgencias del Hospital General MF-19, por presentar disminución de movimiento; a la exploración física



se le encontró sin habla, impresión diagnóstica de “EVC” isquémico, atrofia corticosubcortical e hipertensión arterial controlada; determinando con base a los hallazgos clínicos, su ingreso al área de medicina interna.

8. V1 presentó mejoría en su salud, por lo que el 26 de agosto de 2013, se determinó su egreso con cita abierta a urgencias y cita en dos meses a consulta externa de medicina interna.

9. El 6 de septiembre de 2013, la salud de V1 se deterioró, por lo que acudió al Hospital General MF-19, a la exploración física se reportó con parálisis del lado derecho (hemiparesia derecha), disminución de la fuerza 2/5 con extensión dorsal del dedo gordo del pie y apertura en abanico de los demás dedos (Babinski positivo) y nivel de conciencia (Glasgow) de 14 puntos.

10. El 9 de septiembre de 2013, se decidió el egreso de V1 y referencia al Hospital General R-1, para su valoración en el servicio de neurología, en donde ingresó a las 23:00 horas de ese día; se le realizó exámenes de laboratorio y se concluyó que se trataba de paciente con deterioro neurológico probablemente secundario a “EVC” isquémico, así como datos de infección de vías respiratorias bajas y vías urinarias.

11. El 11 de septiembre de 2013, se realizó a V1, TAC de cráneo contrastada con reporte “*de (...) probable glioblastoma 1 múltiple*”. Al ser revisado por el neurocirujano, se documentó hemiparesia derecha profunda y actividad cerebral

¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007222.htm>; tipo de tumor cerebral primario más invasivo (cáncer en el cerebro).



(reflejo de tallo cerebral conservados), por lo que se sugirió se efectuara craneotomía, misma que se practicó el 24 de ese mes y año.

12. A las 14:10 horas del 3 de octubre de 2013, V1 presentó paro cardiorrespiratorio, se le brindaron maniobras de reanimación sin resultados, lamentablemente falleció a las 14:20 horas, determinándose en el certificado de defunción como causas de la muerte *“acidosis respiratoria, postoperado de glioblastoma, diabetes mellitus II e hipertensión arterial”*.

13. Por lo anterior V2 señaló que la atención médica que se le brindó a V1 en el Hospital General MF-19, Hospital General R-1 y el Hospital *“La Raza”*, todos del IMSS, fue negligente, por lo que en términos del artículo 26 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al tratarse de una infracción grave como lo es el derecho a la vida, y en atención al principio *pro persona* y los lineamientos de la CrIDH, que señalan que puede considerarse grave una violación al concurrir la multiplicidad de las vulneraciones a derechos humanos, como lo es el caso que nos ocupa el derecho a la protección a la salud, a la vida y el acceso a la información en materia de salud, así como a las personas que requieren atención prioritaria, se consideró ampliar el plazo y se radicó el expediente CNDH/1/2016/2202/Q; a fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, se solicitó información al IMSS, al Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, así como al Poder Judicial de la Federación, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.



II. EVIDENCIAS.

14. Escrito de queja de 18 de enero de 2016, presentado por V2 ante este Organismo Nacional, en la que relató las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General MF-19, Hospital General R-1 y en el Hospital “*La Raza*”, todos del IMSS, al cual anexó el acta de defunción de V1.

15. Expediente clínico integrado por la atención médica que se le brindó a V1, enviado a este Organismo Nacional por personal del IMSS, del cual destaca:

➤ Hospital General MF-19.

15.1. Nota Médica de Urgencias del Hospital General MF-19 de 9 de agosto de 2013, de las 08:40 horas, elaborada por SP1, en la que se asentó que V1 se encontraba consciente, orientado y presentaba “*disartria*” (*trastorno oral-motor que dificulta el uso o el control de la musculatura de la boca, la lengua, el paladar y las cuerdas vocales que se utilizan para la producción del habla*) así como crisis hipertensiva por cifra tensional de 180/100 mmHg, con diagnóstico de “*enfermedad vascular cerebral a descartar embolia y/o infarto*”.

15.2. Nota de Valoración de Medicina Interna de 9 de agosto de 2013, de las 15:30 horas, suscrita por AR1, médico adscrito al Hospital General MF-19, en la que se asentó que V1 presentaba crisis hipertensiva, disartria, dolor de cabeza (cefalalgia), postración (decaimiento), signo de Babinski bilateral (con frecuencia es un signo de un trastorno del sistema nervioso central), hipertensión con “*EVC*” isquémico y gastritis crónica.



15.3. Nota de Evolución Médica de las 16:30 horas del 10 de agosto de 2013, suscrita por AR2, médico adscrito al Hospital General MF-19, en la que señaló discreta mejoría de disartria, sin alguna otra sintomatología, consciente y orientado, cardiorespiratorio sin compromiso, por lo que se determinó manejo médico establecido.

15.4. Nota de Evolución Médica de 11 de agosto de 2013, con hora ilegible, suscrita por AR2 en la que asentó que V1 continuaba con disartria, consciente, orientado y con adecuada fuerza muscular.

15.5. Notas de Valoración y Evolución de Medicina Interna de 12 de agosto de 2013, de las 08:30 y 14:00 horas, elaboradas por AR1, en las que indicó que V1 aún no podía hablar, Glasgow de 15, continúa con disartria y estable. A petición de familiares se realizó solicitud de referencia y contrarreferencia al Hospital Siglo XXI.

15.6. Hoja de Referencia y Contrarreferencia al servicio de neurología del Hospital “La Raza”, de fecha 12 de agosto de 2013, suscrita por AR1, con diagnóstico de V1, “EVC” isquémico, crisis hipertensiva revertida, osteoartritis degenerativa, gastritis crónica agudizada, se anotó el resumen médico de la atención otorgada.

15.7. Nota de Urgencias de las 09:20 horas del 23 de agosto de 2013, suscrita por SP1 y SP2, en la que asentó que a la exploración de V1 lo encontró sin habla, hipoacusia, consciente orientado, cráneo normocefalo, con diagnóstico “EVC” isquémico, atrofia corticosubcortical, hipertensión arterial controlada.



15.8. Nota de Valoración de Medicina Interna de 23 de agosto de 2013, con hora ilegible, elaborada por AR1 en la que asentó que encontró al paciente neurológicamente con Glasgow de 15, disartria y afasia motora, signo de Babinski bilateral positivo.

15.9. Nota de Evolución de 24 de agosto de 2013, con hora ilegible, suscrita por AR2 en la que señaló que V1 presentaba evolución tórpida y que continuaba con la misma sintomatología.

15.10. Nota de Evolución de 25 de agosto de 2013, con hora ilegible, signada por AR2, en la cual señaló que V1 presentó disartria y disminución de fuerza de miembro torácico derecho.

15.11. Nota de Evolución de Medicina Interna de 26 de agosto de 2013, de las 08:00 horas, suscrita por AR1 y AR2, en la que señalaron que V1 se mantenía con mejoría leve en cuanto a la recuperación neurológica.

15.12. Nota de Alta de las 10:55 horas del 26 de agosto de 2013, elaborada por AR1 y AR2, sin firmas, en la que asentaron que se observó a V1 con buena respuesta a manejo médico, con mejores condiciones en general, afebril, y por parte de medicina interna se decidió su egreso por mejoría.

15.13. Nota de Urgencias de las 09:40 horas del 6 de septiembre de 2013, suscrita por SP2, quien advirtió que V1 acudió por presentar disminución de movimientos, anorexia y debilidad muscular con fatiga (adinamia) y con diagnóstico “EVC” isquémico, atrofia corticosubcortical.



15.14. Nota de Valoración de Medicina Interna sin fecha y hora, suscrita por AR1, en la cual señaló que V1 inició manejo con antiagregantes y anticoagulantes. Nuevo evento vascular al parecer transitorio a descartar infección sistémica.

15.15. Nota de Evolución de las 16:30 horas del 7 de septiembre de 2013, suscrita por AR2 en la que señaló que V1 presentaba evolución clínica más estable, mayor movilización de extremidades respecto de su ingreso.

15.16. Nota de Evolución de las 16:45 horas del 8 de septiembre de 2013, suscrita por AR2 en la que señaló que a nivel respiratorio V1 presentaba rudeza respiratoria y persistencia de hemiparesia izquierda.

15.17. Nota de Evolución de Medicina Interna de las 10:00 horas del 9 de septiembre de 2013, suscrita por AR1 en la que asentó que V1 presentaba buena evolución del estado de salud, persiste hemiparesia fasciocorporal derecha, Glasgow 12-13, por lo que se decidió su ingreso al Hospital General R-1 para valoración por Neurología.

15.18. Nota de Alta con hora de egreso a las 15:30 horas del 9 de septiembre de 2013, suscrita por AR1 en la que estableció como diagnóstico “EVC”, gastritis crónica agudizada e hipertensión arterial sistémica.

15.19. Solicitud de Interconsulta de 9 de septiembre de 2013, emitida por AR1 a través de la cual requirió la valoración del servicio de neurología del Hospital General R-1.



➤ **Hospital “La Raza”.**

15.20. Notas de Admisión Continúa de 14 de agosto del 2013, de las 08:35 horas, suscritas por AR3, médica adscrita a la especialidad de medicina interna en Neurología del Hospital “La Raza”, en las que se asentó que V1 fue valorado por el servicio de Neurología con diagnóstico de probable “EVC” tipo oclusivo por lo que solicitó TAC de cráneo, con el cual se corroboró el diagnóstico de “EVC” isquémico temporoparietal izquierdo. Se le indicó tratamiento por presentar factor de riesgo de enfermedad cerebro vascular y se le otorgó el alta por no presentar datos clínicos que ameritaran hospitalización.

15.21. Interpretación de Estudio Imagenología de 14 de agosto de 2013, de las 12:59 horas, suscrita por AR4, médica adscrita al Hospital “La Raza”, quien señaló como diagnóstico formación de líquido cefalorraquídeo (aracnoidoce parcial), infarto temporo-parietal izquierdo y disminución cerebral por edad (atrofia cortico subcortical).

➤ **Hospital General R-1.**

15.22. Nota de Atención Médica de las 23:00 horas del 9 de septiembre de 2013, suscrita por SP3, quien valoró a V1 y asentó que se trataba de paciente que se encontraba cursando deterioro neurológico probablemente secundario a una “EVC” isquémico, datos de infección de vías respiratorias bajas y vías urinarias, se determinó su ingreso al servicio de encamados y realizar estudios, se reportó grave.



15.23. Nota de Ingreso a Urgencias Encamados de las 05:00 horas del 10 de septiembre del 2013, elaborada por SP4, quien señaló que a V1 se le diagnosticó con “EVC” isquémico, se descartara infección de vías urinarias, probable infección en vías respiratorias bajas (IVRB).

15.24. Nota de Evolución Urgencias Matutino de las 13:00 horas del 10 de septiembre de 2013, signada por SP5, quien señaló que V1 fue diagnosticado con “EVC” en evolución, IVRB, paciente con deterioro neurológico en comparación a su ingreso, estado de salud muy grave y pronóstico reservado a evolución.

15.25. Nota de Evolución Urgencias Vespertina, de las 17:10 horas del 10 de septiembre de 2013, suscrita por SP6, en la que se señaló que el estado de V1 era grave, con pronóstico reservado, se le realizó TAC de cráneo simple, y se pidió continuara con medidas neurológicas por “EVC” isquémico.

15.26. Reporte de Tomografía de Cráneo Simple, sin fecha, con interpretación radiológica de probable neoplasia, glioblastoma contra metástasis (VS METS).

15.27. Nota Agregada de Resultado de TAC de Cráneo, de las 20:20 horas, sin fecha, suscrita por SP6, en la que se señaló que se reportó probable neoplasia glioblastoma, se sugirió realización de TAC de cráneo contrastada de acuerdo con los resultados IC a NCX.



15.28. Carta de Consentimiento Bajo Información de 10 de septiembre de 2013, con diagnóstico probable de “EVC”.

15.29. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 10 de septiembre de 2013, a través de la cual se solicitó que en esa misma fecha se realizara a V1 la colocación de catéter central.

15.30. Nota de Evolución Nocturna de las 22:50 horas del 10 de septiembre de 2013, suscrita por SP7, quien reportó a V1 grave con pronóstico reservado a evolución, con riesgo alto de presentar complicaciones, incluso fallecer.

15.31. Carta de Consentimiento Bajo Información para TAC Contrastada de 11 de septiembre de 2013, con diagnóstico de “EVC” isquémico, con procedimiento médico de TAC contrastada.

15.32. Reporte de TAC de Cráneo Contrastada de 11 de septiembre de 2013, en el cual se señaló como impresión diagnóstica de masa ocupativa de 49 por 47 mm en lóbulo fronto-temporal izquierdo con efecto de masa y parcial desviación de la línea media y edema perilesional importante. A considerar probable glioblastoma múltiple.

15.33. Nota de Evolución Turno Matutino de las 11:50 horas del 11 de septiembre de 2013, emitida por SP8, en la que se señaló que V1 presentaba deterioro neurológico, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio (AMV) condicionado por posible neoplasia, se requirió TAC contrastada, paciente grave, con infección a nivel vías respiratorias y urinarias.



15.34. Nota de Evolución Urgencias Vespertina de las 17:25 horas del 11 de septiembre de 2013, suscrita por SP6, en el que se estableció que V1 presentaba un estado de salud grave con pronóstico reservado para vida y función.

15.35. Nota de Interconsulta de Neurocirugía, sin fecha, a las 20:30 horas, suscrita por SP9, con diagnóstico médico de probable tumor cerebral multiforme (glioma).

15.36. Nota de Neurocirugía de Primera Vez de las 09:00 horas del 13 de septiembre de 2013, suscrita por SP10, en la cual el médico que la elaboró señaló que al revisar la tomografía simple y contrastada que se le tomó a V1, observó que tenía glioblastoma multiforme temporoparietal izquierdo, probable absceso cerebral, metástasis, y como última posibilidad un cisticercos, necesitando operación, señalando que las condiciones del paciente no lo permitían.

15.37. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 21:20 horas del 14 de septiembre de 2013, elaborada por SP11, en la cual se señaló que se revisó a V1, con pronóstico ominoso a corto plazo.

15.38. Nota de Evolución de las 08:40 horas del 15 de septiembre de 2013, elaborada por SP12, en la que se estableció que V1 continuaba con las mismas condiciones neurológicas.



15.39. Nota de Evolución Matutina de 16 de septiembre de 2013, sin hora, elaborada por SP13, en la que se estableció que V1 cursaba con diagnóstico de glioma multiforme.

15.40. Formato para Valoración Cardiovascular Pre-Operatoria de 17 de septiembre de 2013, sin hora, en el que se señaló los antecedentes de V1 y los estudios requeridos para la intervención quirúrgica.

15.41. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 12:05 horas del 21 de septiembre de 2013, suscrita por SP11, en la que se asentó el estado de salud de V1 como grave.

15.42. Nota de Evolución de Cirugía General de 22 de septiembre de 2013, suscrita por SP12 y SP13, sin hora, en la que se señaló que V1 debía seguir con manejo por neurocirugía y se reportó grave.

15.43. Nota de Neurocirugía de las 18:00 horas del 22 de septiembre de 2013, suscrita por SP11, en la que se anotó que V1 tenía ventilación mecánica, con evolución incierta y alto riesgo de complicaciones.

15.44. Nota de Evolución y Preoperatoria de Neurocirugía de las 08:30 horas del 23 de septiembre de 2013, suscrita por SP10, en la que se señaló que a pesar de los acontecimientos ocurridos a V1, era necesario realizar la cirugía a pesar de los riesgos.

15.45. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 23 de septiembre de 2013, a través de la cual se solicitó ingresar al día



siguiente a V1 para cirugía de craneotomía frontoparietotemporal y resección de la lesión.

15.46. Carta de Consentimiento Informado para Realizar la Anestesia de 24 de septiembre de 2013, sin hora, a nombre de V1 en la que se señaló como cirugía programada “*craneotomía frontoparietotemporal*”.

15.47. Nota Preanestésica de las 08:00 horas del 24 de septiembre de 2013, suscrita por SP14, en la cual señaló que se explicó a familiares de V1, la técnica de anestesia, riesgos y beneficios.

15.48. Lista de Verificación de procedimiento quirúrgico craneotomía frontoparietotemporal izquierdo realizado a V1.

15.49. Nota Postoperatoria de las 15:00 horas del 24 de septiembre de 2013, emitida por SP10, en la que se señaló como diagnóstico postoperatorio de V1, cirugía realizada craneotomía.

15.50. Nota Postanestésica de las 15:55 horas del 24 septiembre de 2013, emitida por SP14, en la que señaló que V1 egresó intubado a recuperación.

15.51. Nota de Recuperación de las 17:00 horas, sin fecha, sin nombre y firma ilegible, sin número de matrícula y cédula profesional, en la que se señaló que V1 pasó a piso con apoyo ventilatorio.

15.52. Solicitud e Informe de Estudio Histopatológico y Citológico de 24 de septiembre de 2013, en el cual un SP15 estableció como datos clínicos de



V1, glioblastoma multiforme probable, con diagnóstico clínico transoperatorio astrocitoma difuso bien diferenciado.

15.53. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 11:00 horas del 25 de septiembre de 2015, en la SP10 señaló que V1 se encontraba mejor de salud, y que necesitaba apoyo de medicina interna para parámetros ventilatorios y ver cuándo se podía extubar.

15.54. Nota de Valoración de Medicina Interna de las 11:52 horas del 25 de septiembre de 2013, nombre del médico no legible y sin número de cédula profesional, en la que se recomendó practicar gasometría arterial.

15.55. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 08:13 horas del 26 de septiembre de 2013, en la cual SP10 señaló que requería apoyo de medicina interna.

15.56. Nota de Evolución de Medicina Interna de las 12:33 horas del 26 de septiembre de 2013, nombre del médico no legible, en la señaló que no se practicó la gasometría arterial que había solicitado el día anterior.

15.57. Nota de Referencia de las 09:30 horas del 27 de septiembre de 2013, en la cual SP10 señaló la atención médica que se brindó a V1 y se estableció que requería seguimiento y manejo por infectología y terapia intermedia, así como medicina interna e inhaloterapia por lo que se solicitó apoyo a tercer nivel.



15.58. Nota de Evolución de Cirugía General de 28 de septiembre de 2013, en la que SP12 señaló que se estaba en espera de traslado de V1 al Centro Médico Nacional (CMN) Hospital “*La Raza*”, por petición de familiar.

15.59. Nota Agregada de Neurocirugía sin fecha, de las 17:30 horas, en la que SP11 estableció que no había *uresis* desde hacía tres días.

15.60. Notas de Evolución de Neurocirugía de las 18:00 horas, sin fecha, y de las 10:24 horas del 29 de septiembre de 2013, suscritas por SP11, en las que el médico señaló que estaba pendiente el envío de V1 al Hospital General “*La Raza*”.

15.61. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 13:05 horas del 30 de septiembre de 2013, suscrita por SP10, en la que se señaló que no se autorizó su admisión en el Hospital General “*La Raza*”.

15.62. Nota de Valoración de Medicina Interna de las 17:00 horas del 30 de septiembre de 2013, en la que SP16 señaló que solicitó valoración por el ventilador, y que se debía realizar a V1 traqueostomía a la brevedad.

15.63. Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de 29 y 30 de septiembre de 2013.

15.64. Carta de Consentimiento Informado para Realizar la Anestesia a V1 de fecha 1 de octubre de 2013.



15.65. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 1 de octubre de 2013, en la que se señaló como operación proyectada traqueostomía.

15.66. Lista de Verificación de Procedimiento Quirúrgico, sin fecha, en la que se señaló que el procedimiento quirúrgico que se realizaría a V1 era traqueostomía.

15.67. Hoja de Registro de Anestesia y Recuperación de V1, del 1 de octubre de 2013.

15.68. Nota de Anestesiología, sin hora, fecha y nombre del médico que la suscribió, en la cual se señaló que terminó la cirugía que se le practicó a V1 sin complicaciones.

15.69. Nota de Evolución Neurocirugía de las 11:00 horas del 2 de octubre de 2013, en la que SP10 anotó que V1 continuaba con deterioro de sus condiciones generales, desde el punto de vista quirúrgico con Glasgow de 8 y se solicitó interconsulta urgente a urología.

15.70. Nota de Evolución de Neurocirugía de las 09:30 horas del 3 de octubre de 2013, suscrita por SP10, en la que se anotó que V1 tenía Glasgow de 7.

15.71. Nota de Interconsulta de Medicina Interna de las 13:20 horas del 3 de octubre de 2013, en la cual SP17 señaló que V1 pasaba por malas condiciones de salud.



15.72. Nota de Cirugía General de las 14:38 horas del 3 de octubre de 2013, sin nombre del médico, en la que informó que V1 presentó paro cardiorrespiratorio.

15.73. Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de 3 de octubre de 2013, en los que se reportó a V1 con signos y síntomas graves, inconsciente y con apoyo ventilatorio.

15.74. Certificado de Defunción de 3 de octubre de 2013, en el que señaló como hora y fecha de defunción de V1, las 14:20 horas de ese día, y como causas acidosis respiratoria severa, post operado de glioblastoma.

16. Oficio 095217614BB1/872 de 22 de abril de 2016, a través del cual el área de Atención a Quejas del IMSS anexó:

16.1. Oficio 129001200100/064/CGM de 20 de abril de 2016, a través del cual la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, señaló de forma cronológica la atención médica que se le brindó a V1 en el Hospital General MF-19 y Hospital General R-1 ambos en Guerrero.

16.2. Informe respecto de los antecedentes de V1, fecha de ingreso y diagnóstico, elaborado por la Dirección del Hospital General MF-19.

17. Oficio 095217614BB1/2788 de 5 de diciembre de 2016, emitido por el área de Atención a Quejas del IMSS, en el cual se informó que la solicitud de



indemnización formó parte de la determinación emitida por el Consejo Consultivo Delegacional en sentido improcedente. Al cual anexó:

17.1. Oficio 129001051100/RPDL/Q/1098/2016 de 1° de diciembre de 2016, a través del cual la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, informó que se integró expediente de queja por la supuesta negligencia médica de que fue objeto V1, (sin que se hiciera referencia al número de expediente).

18. Oficio 095217614BB1/2037 de 25 de julio de 2017, emitido por la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en el que se informó que se localizó el expediente clínico integrado por la atención que se brindó a V1 en el Hospital General R-1.

19. Opinión Médica de 30 de abril de 2018, elaborada por este Organismo Nacional, en la cual se concluyó que la atención brindada a V1 en el Hospital General MF-19 y Hospital “*La Raza*”, fue inadecuada.

20. Oficio 17-5-3-46818/19 de 5 de agosto de 2019, de la Sala Regional 1, a través del cual anexó:

20.1. Escrito de 14 de septiembre de 2015, a través del cual el día 29 del mismo mes y año, V2 presentó queja administrativa ante la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS.



20.2. Oficio de 20 de febrero de 2017, emitido por la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS, en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1.

20.3. Resolución de 3 de mayo de 2017, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, en la cual resolvió que era improcedente la Queja Administrativa 1.

20.4. Escrito de Recurso de Inconformidad 1 de 19 de junio de 2017, presentado por V2 ante el H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS.

20.5. Acuerdo emitido dentro del Recurso de Inconformidad 1, el 14 de julio de 2017 por el H. Consejo Consultivo, en el cual señaló que se declaraba incompetente para tramitar y resolver sobre la solicitud planteada por V2.

20.6. Resolución de 16 de noviembre de 2017, en la cual el H. Consejo Técnico del IMSS señaló que el 13 de septiembre de ese año se recibió el Recurso de Inconformidad 2 interpuesto por V2 en contra de la resolución de la Queja Administrativa 1 emitida el 3 de mayo de la misma anualidad.

20.7. Resolución del Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1 de 15 de enero de 2018, en la cual la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS resolvió que era procedente pero infundada la reclamación promovida por V2, V3 y V4 (familiares de V1).

20.8. Escrito de 23 de febrero de 2018 presentado el 26 del mismo mes y año, por V2 y familiares de V1, a través del cual promovieron Juicio de



Nulidad 1 ante la Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de la resolución de 15 de enero de 2018, dentro del Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1.

20.9. Acuerdo de Admisión de Demanda de 9 de marzo de 2018, dictada en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1.

20.10. Acuerdo de Cumplimiento de Requerimiento de 23 de abril de 2018, a través del cual se tuvo a la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos del IMSS exhibiendo el expediente del Recurso de Inconformidad 2 a nombre de V2.

20.11. Acuse de registro de demanda de 2 de mayo de 2018, en el cual consta que con esa fecha V2 ingresó Recurso de Impugnación 1 ante la Sala Regional 2.

20.12. Escrito de 2 de mayo de 2018, suscrito por V2, a través del cual ofreció pruebas supervenientes dentro del Juicio de Nulidad 1.

20.13. Acuerdo de Admisión de Pruebas Supervenientes de 10 de mayo de 2018, ofrecidas por V2.

20.14. Escrito presentado por V2 el 4 de junio de 2018 ante la Sala Regional 1, en el cual ofreció pruebas supervenientes dentro del Juicio de Nulidad 1.



20.15. Acuerdo de Admisión Parcial de Pruebas Supervenientes de 6 de junio de 2018, emitido por la Sala Regional 1.

20.16. Escrito presentado por V2 el 18 de junio de 2018, ante la Sala Regional 1, a través del cual presentó recurso en contra del acuerdo de fecha 6 de ese mes y año.

20.17. Acuerdo de admisión de recurso de reclamación de 21 de junio de 2018, emitido dentro del Juicio de Nulidad 1 por la Sala Regional 1, en el cual admitió a trámite dicho recurso promovido por V2, V3 y V4.

20.18. Resolución del Juicio de Nulidad 1 de 2 de octubre de 2018, en la cual la Sala Regional 1, determinó que el recurso de reclamación fue procedente pero infundado, por lo que se confirmó el acuerdo recurrido del 6 de junio de 2018, en el que se desecharon las pruebas supervenientes.

21. Correo de 28 de febrero de 2020, enviado por personal del IMSS a esta Comisión Nacional, a través del cual proporcionó datos de los procedimientos administrativos relacionados con el caso de V1, asimismo anexó la siguiente documentación:

21.1. Resolución de 1° de junio de 2016, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional dentro del Expediente de Queja 1.

21.2. Oficio 129001051100/RPDL/Q/509/2016 de 3 de junio de 2016, por medio del cual se le notificó a V2 la resolución de fecha 1 de junio de 2016,



emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional dentro del Expediente de Queja 1.

21.3. Resolución de 11 de octubre de 2018, dictada por el H. Consejo Consultivo en el Recurso de Inconformidad 3.

22. Correo de 18 de marzo de 2020, enviado a esta Comisión Nacional por el representante legal de V2, V3 y V4, en el cual anexó:

22.1. Escrito sin fecha en el cual el representante legal de los agraviados informó el seguimiento al Juicio de Amparo 1, Juicio de Amparo 2, Amparo en Revisión 1, Recurso de Impugnación 1, Juicio de Nulidad 1 y Expediente de Queja 1.

22.2. Acuerdo admisorio del recurso de reclamación con fecha 21 de junio de 2018, dictado en el Juicio de Nulidad 1.

22.3. Resolución de 3 de enero de 2019, dictada en el Recurso de Impugnación 1, en la cual se resolvió procedente, pero infundado dicho recurso y, en consecuencia, se confirmó el acuerdo del 18 de junio de 2018.

22.4. Acuerdo de admisión de demanda de 29 de marzo de 2019, a través del cual la Sala Especializada 1, registró la misma bajo el número de Expediente 1, la cual fue presentada por V2 demandando la nulidad de la resolución dictada en el Recurso de Inconformidad 3 el 11 de octubre de 2018.



III. SITUACIÓN JURÍDICA.

a) Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1 y Queja Administrativa 1, se desarrollan en el mismo apartado, así como los procesos que se iniciaron en consecuencia.

23. El 29 de septiembre de 2015, V2, V3 y V4, a través de su abogado particular, presentaron dos escritos ante la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS, en el primero de los mencionados se reclamó la Responsabilidad Patrimonial del Estado por el lamentable fallecimiento de V1 (signado por V2), y el segundo se refirió también al fallecimiento de V1, además de la indemnización por daño moral (signado por V2, V3 y V4), razón por la que se inició el Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1.

24. En la misma fecha, V2 presentó queja solicitando la indemnización por responsabilidad civil, cubrir los gastos de sustanciación del juicio y adoptar medidas preventivas, ante la, entonces, Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, lo que originó el inicio de la Queja Administrativa 1.

25. El 5 de octubre de 2015, la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS envió la Queja Administrativa 1 a la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del mismo Instituto.

26. El 23 de octubre de 2015, V2 presentó Juicio de Amparo 1, siendo el acto reclamado la omisión de proveer sobre la presentación de la Queja Administrativa 1.



27. Mediante acuerdo del 2 de noviembre del 2015, la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS determinó agregar a los autos del Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, el escrito de Queja Administrativa 1 presentado por V2 y considerarlo al momento de emitir la resolución correspondiente, toda vez que en ambos procedimientos se pretendió acreditar el supuesto actuar irregular en las funciones del personal médico hacia V1, situación que se notificó el 9 del mes y año en cita a V2, V3 y V4, ante lo cual se presentó ampliación del Juicio de Amparo 1 en contra de dicho proveído.

28. El 12 de noviembre de 2015, el representante legal de V2, V3 y V4, interpuso ante la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS incidente de separación de autos y de improcedencia de la vía respecto a la Queja Administrativa 1.

29. El 22 de diciembre de 2015, la Coordinación de Asuntos Contenciosos, tuvo como representante común a V2 y con relación al incidente de separación de autos promovido, señaló que el mismo es improcedente, toda vez que lo único que se determinó respecto de la Queja Administrativa 1, fue agregarla al Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, y que sería tomada en cuenta al resolverse dicho procedimiento, proveído que fue notificado a los reclamantes el 12 de enero de 2016.

30. El 13 de mayo de 2016, el Juzgado de Distrito 1, emitió sentencia en el Juicio de Amparo 1 y se dejó insubsistente el acuerdo de 2 de noviembre de 2015 emitido por la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS; asimismo, se ordenó continuar con el procedimiento de Queja Administrativa 1 en un expediente diferente al de reclamación y responsabilidad patrimonial del Estado, al ser



procedimientos administrativos distintos, autónomos, e independientes, no obstante se sobreseyó por la omisión de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS de proveer en cuanto a la presentación de la Queja Administrativa 1.

31. En contra del mencionado sobreseimiento se presentó Amparo en Revisión 1, mismo que fue turnado al Tribunal Colegiado 1, el cual el 13 de enero de 2017, resolvió revocar el sobreseimiento y ordenó proveer respecto de la presentación de la Queja Administrativa 1.

32. El 20 de febrero de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS remitió a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS el escrito de V2 (Queja Administrativa 1) y sus anexos para que resolviera lo que conforme a derecho correspondiera.

33. El 3 de mayo de 2017, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió improcedente desde el punto de vista médico la Queja Administrativa 1, y en consecuencia determinó no ha lugar al pago de indemnización por no existir responsabilidad civil respecto a la atención médica brindada a V1, no ha lugar al pago de los gastos de sustanciación del juicio, así como no ha lugar a emitir medidas preventivas, misma que se notificó a V2 el 9 de junio del mismo año.

34. El 20 de junio de 2017, V2 presentó recurso de inconformidad ante el H. Consejo Consultivo Delegacional (Delegación Norte de la Ciudad de México del IMSS), en contra de la resolución emitida el 3 de mayo de 2017 en la Queja



Administrativa 1, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, lo que dio origen al Recurso de Inconformidad 1.

35. Mediante acuerdo de fecha 14 de julio de 2017, el H. Consejo Consultivo Delegacional asentó que no era competente para tramitar y resolver sobre el Recurso de Inconformidad 1, por lo que turnó el expediente al Consejo Técnico del IMSS.

36. El 16 de noviembre de 2017, el Consejo Técnico del IMSS señaló que el 13 de septiembre de ese año recibió el recurso de inconformidad interpuesto por V2 en contra de la resolución de la Queja Administrativa 1, mismo que fue analizado bajo el número de Recurso de Inconformidad 2, advirtiendo que no es legalmente el medio idóneo para impugnar una resolución como ésta, toda vez que la Ley del Seguro Social no regula la indemnización por responsabilidad civil, por lo que el H. Consejo Técnico del IMSS, determinó se declarara improcedente el Recurso de Inconformidad 2.

37. El 27 de septiembre de 2017 la Coordinación de Asuntos Contenciosos señaló que mediante proveído de 28 de agosto de esa anualidad, el Juzgado de Distrito 2, informó que se resolvió en definitiva el Juicio de Amparo 2 que se promovió el 2 de febrero de 2016 por V2, V3 y V4, en contra de un acuerdo de fecha 22 de diciembre de 2015 emitido dentro del Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, en el cual se hizo efectivo el apercibimiento de 2 de noviembre de 2015, en el que se señaló que de no presentarse los peritos a acreditar si reunían los requisitos legales correspondientes y protestar su legal cargo, se tendrían por no ofrecidas. El 5 de julio de 2016, se dictó sentencia en la cual se concedió el amparo y se dejó insubsistente el acuerdo de 22 de diciembre de 2015, por lo que



en contra de dicha sentencia el 21 julio de 2016, la autoridad responsable interpuso recurso de revisión, mismo que fue registrado por el Tribunal Colegiado 3, bajo el Toca 1, en el que se determinó revocar la sentencia recurrida y sobreseer el citado toca, toda vez que los actos reclamados no revisten las características de resolución definitiva necesaria para acudir a dicho proceso, ni causa una afectación que pueda implicar una imposible reparación en la esfera jurídica de los quejosos.

38. El 27 de septiembre de 2017, la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS, otorgó un plazo de cinco días a V2, V3 y V4 para formular sus alegatos por escrito y concluir el trámite del Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, mismos que fueron presentados el 3 de octubre del mismo año.

39. El 15 de enero de 2018, en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS, resolvió procedente pero infundada la reclamación promovida por V2, V3 y V4, derivada de la atención médica proporcionada a V1, además señaló que no procedía condenar al IMSS al pago de indemnización por concepto de responsabilidad patrimonial reclamada, resolución que se notificó al representante legal de los reclamantes el día 16 del mismo mes y año.

40. El 26 de febrero de 2018, V2, V3 y V4 promovieron Juicio de Nulidad 1 ante la Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de la resolución definitiva de 15 de enero de ese año emitida por la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS.



41. El 9 de marzo del 2018, la Sala Regional 1 emitió acuerdo de admisión de demanda (Juicio de Nulidad 1) y ordenó emplazar al IMSS.

42. El 2 de mayo de 2018, V2 presentó Recurso de Impugnación 1 ante la Sala Regional 2 en contra de la resolución emitida el 16 de noviembre de 2017, a través de la cual el Consejo Técnico del IMSS declaró improcedente el Recurso de Inconformidad 2.

43. El 4 de junio de 2018, V2 presentó escrito ante la Sala Regional 1, a través del cual ofreció pruebas supervenientes dentro del Juicio de Nulidad 1.

44. El 6 de junio de 2018, se emitió acuerdo de admisión parcial de pruebas en el Juicio de Nulidad 1, en el cual se desecharon las marcadas con los incisos A) y B), las cuales radicaban en documentales públicas vía requerimiento a terceros, consistente es copias certificadas del Recurso de Impugnación 1.

45. El 18 de junio de 2018, la Sala Regional 2 resolvió como improcedente el Recurso de Impugnación 1 presentado por V2 respecto a la resolución del 16 de noviembre de 2017, mismo que fue recurrido mediante recurso de reclamación y en fecha 3 de enero de 2019 se confirmó el desechamiento, en contra del cual se presentó Amparo Directo 1, y se radicó en el Tribunal Colegiado 2, por ejecutoria de 5 de septiembre de 2019 se concedió el amparo y protección de la justicia para que se deje insubsistente la sentencia de fecha 3 de enero de 2019 y se dicte otra en la cual se ordene admitiera a trámite la demanda.



46. El 18 de junio de 2018, V2 en su calidad de representante común, promovió recurso de reclamación en contra del auto de fecha 6 de ese mes y año, en el cual se desecharon las pruebas supervenientes señaladas bajo los incisos A) y B).

47. El Juicio de Nulidad 1 se resolvió el 2 de octubre de 2018, en el sentido de que los promoventes no acreditaron la actividad irregular del Estado, en consecuencia, resultó infundada su reclamación y se negó la indemnización solicitada por los supuestos daños ocasionados a su persona; asimismo se confirmó el acuerdo recurrido de 6 de junio de 2018, por el que se desecharon las pruebas supervenientes identificadas con los incisos A) y B).

48. Respecto de la Responsabilidad Patrimonial del Estado que reclamaron V2, V3 y V4, esta Comisión Nacional observó que de conformidad con el artículo 25 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, fue presentada en tiempo, resolviendo el 15 de enero de 2018, que fue procedente pero infundada la reclamación derivada de la atención médica que se le proporcionó a V1, por lo que se presentó el Juicio de Nulidad contra dicha resolución, en el cual el 2 de octubre de ese año se determinó que los promoventes no acreditaron la actividad irregular del Estado; sin embargo como se desarrollará en el apartado de observaciones, se acreditó la violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y acceso a la información en materia de salud, por lo que considera necesario, en su momento, tomar en cuenta la presente Recomendación.



b) Expediente de Queja 1 y procesos sucesivos al mismo.

49. El Expediente de Queja 1 se aperturó de oficio por la Delegación del IMSS en Acapulco, Guerrero, y el 1° de junio de 2016 la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional lo consideró improcedente.

50. Contra dicha resolución, el 19 de septiembre de 2016, la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal de Guerrero del IMSS, recibió escrito inicial de Recurso de Inconformidad 3.

51. El 11 de octubre de 2018, el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS determinó sobreseer el Recurso de Inconformidad 3 por extemporaneidad en la presentación.

52. El 15 de marzo de 2019, a través del Sistema de Justicia en Línea, V2 interpuso juicio de nulidad en contra de la resolución antes señalada, misma que fue admitida por la Sala Especializada 1 el día 29 de ese mes y año, registrándose como Expediente 1.

53. En septiembre de 2019 se cerró la etapa de instrucción y pasó a proyecto de sentencia.

IV. OBSERVACIONES.

54. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/2202/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 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 contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1 y AR2, personal médico del Hospital General MF-19, así como AR3 y AR4, del Hospital “La Raza” ambos del IMSS, en agravio de V1 persona mayor de 85 años.

55. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA MAYOR).

56. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor, específicamente en la preferencia en la atención, en razón de que su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 85 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en el Derecho Convencional, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del IMSS.

57. Así, la Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y*



hacer frente a sus consecuencias negativas".² A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

58. En el sistema jurídico mexicano se define a los grupos de atención prioritaria como *"aquellos núcleos de población y personas 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"*.³

59. Esta Comisión Nacional reconoce que las personas mayores constituyen un grupo de atención prioritaria, considerando que en México son particularmente susceptibles a *"enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado"*.⁴

² *"Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos"*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párrafo 8.

³ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

⁴ CNDH, *"Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México"*, febrero de 2019, párrafo 371.



60. En la Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe⁵, los Estados firmantes (incluyendo México) acordaron mejorar el sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de la población.

61. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁶ refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a personas funcionarias públicas, a las encargadas de los servicios sociales y de salud, que tengan la encomienda de atender y cuidar a las personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

62. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como *“(...) sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...). Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud (...).”*⁷

⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *“Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe”*, San José, Costa Rica, 11 de mayo de 2012, página 23.

⁶ Aunque al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

⁷ CrIDH, *“Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile”*, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 132.



63. La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección.⁸

64. El artículo 5°, fracción III, inciso a) y b), de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, prevé que el derecho humano a la protección a la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, para lo cual deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

65. De igual forma, el artículo 6° de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores.

66. La Ley General de Salud, vigente al momento de los hechos, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “*se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables*”.

67. Los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 de “*Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores*”, los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y

⁸ SCJN, Tesis Constitucional, “*ADULTOS MAYORES. AL CONSTITUIR UN GRUPO VULNERABLE MERECEN UNA ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO*”, Registro 2009452.



Responsabilidades de las Personas de Edad, establecen que las personas mayores constituyen un grupo que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, ello en virtud de que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención, siendo estos los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

68. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982, de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada), la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003, la Declaración de Brasilia en 2007, el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009, la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

69. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación 30/2015 señaló que: *“A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que son: Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector



del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “(...) *aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores*”.

70. El artículo 17, párrafo primero, inciso c) del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”); establece en términos generales que “*toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a. Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada (...)*”.

71. Del análisis a las evidencias reseñadas, se advierte que V1, en su calidad de persona mayor, con 85 años, quien presentaba “*EVC*”, recibió una inadecuada atención médica por personal del Hospital General MF-19 y Hospital “*La Raza*”, al no realizarle el protocolo de estudio completo, lo que tuvo como consecuencia, no se le brindara la atención médica que requería, lo que contribuyó a que su salud se deteriorara al grado tal que perdiera la vida, cuando V1 tenía derecho a recibir los satisfactores necesarios para su atención integral, lo que incluye su acceso preferente a los servicios médicos a fin de garantizarle el beneficio a su salud, lo que en el caso particular soslayó el personal médico tratante. .



B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

72. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁹

73. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

74. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.¹⁰

75. El artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, reconoce que la salud es *“un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio*

⁹ CNDH. Recomendaciones: 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

¹⁰ SCJN, Jurisprudencia Administrativa, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*, Registro 167530.



de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente".¹¹

76. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("*Protocolo de San Salvador*") reconoce que "*toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*".

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

78. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 "*Sobre el derecho a la protección de la salud*" del 23 de abril de 2009 que "*(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad*".

¹¹"*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*". aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.



79. Además, *“Reconoció que la protección a la salud (...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”*. Igualmente se advirtió, que *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.

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

81. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.¹²

82. En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en todas las edades.

83. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que el personal médico de los servicios de medicina interna del

¹² Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*, 219/418.



Hospital General MF-19 y de los servicios de Neurología y Medicina Interna del Hospital “*La Raza*” omitieron brindar la atención médica adecuada a V1 en su calidad de garantes, de conformidad con el artículo 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

B.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA.

❖ Atención médica brindada a V1 en el servicio de medicina interna del Hospital General MF-19, del 9 al 12 de agosto de 2013.

84. El 9 de agosto de 2013 V1 ingresó al área de urgencias del Hospital General MF-19 del IMSS, en Ciudad Altamirano, Guerrero, debido a que presentó dificultad para articular sonidos y palabras (disartria), caminar y masticar, así como malestar general de seis días de evolución. Adecuadamente SP1 le realizó protocolo inicial de atención médica y solicitó estudios de laboratorio de rutina, electrocardiograma e interconsulta por el servicio de medicina interna.

85. En el servicio de medicina interna lo valoró AR1 en esa fecha, quien estableció el diagnóstico de “EVC” y decidió su ingreso y agregó a manejo médico agente procinético (metoclopramida), antitrombótico (enoxaparina), antiinflamatorio no esteroideo (aspirina), antiácido (hidróxido de aluminio y magnesio) y anticomicial (difenilhidantoína), oxígeno por puntas nasales, cuidados de paciente neurológico, reposo relativo, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería; sin



embargo, omitió realizar procedimiento para descartar otras posibles enfermedades de acuerdo a la sintomatología y poder establecer un diagnóstico certero (diagnóstico diferencial), tal y como lo establece la Guía de Práctica Clínica para la Prevención Secundaria, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Isquémica.

86. Durante los días 10 y 11 de agosto de 2013, V1 fue valorado por AR2 quien documentó que continuaba con disartria y presentaba discreta mejoría por lo que continuó con el mismo manejo médico.

87. El 12 de agosto de 2013, AR1 valoró a V1 y documentó que continuaba con disartria por lo que elaboró formato de referencia y contrarreferencia al Hospital *“La Raza”*.

88. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, AR1 y AR2 omitieron realizar un protocolo de estudio completo (tomografía de cráneo para advertir extensión de la zona de compromiso cerebral y normar conducta terapéutica) para confirmar y/o corroborar un diagnóstico diferencial de patologías que pueden simular una enfermedad vascular cerebral, entre otras las neoplasias intracraneales.

❖ Atención médica brindada a V1 en el servicio de neurología del Hospital *“La Raza”* del 14 al 26 de agosto de 2013.

89. El 14 de agosto de 2013, V1 ingresó como externo al servicio de medicina interna del Hospital *“La Raza”* lugar en el que fue atendido y valorado por AR3, quien hizo constar *“masculino de 86 años acude espontáneo por disartria”* (sic), y



diagnosticó probable “EVC” tipo oclusivo, se indicó realización de una tomografía de cráneo para determinar lesión y ajustar tratamiento.

90. AR4 realizó la tomografía de cráneo y únicamente reportó como hallazgo imagen hipodensa en región temporoparietal izquierda, con sistema ventricular dilatado y atrofia corticosubcortical importante, sin que sugiriera estudio imagenológico contrastado.

91. AR3, a pesar del reporte de la tomografía de cráneo y del estado clínico de V1 sólo estableció el diagnóstico de “EVC” isquémico temporoparietal izquierdo e indicó tratamiento a base de antiagregantes plaquetarios, control de la presión arterial, y sin datos clínicos que ameritaran hospitalización por lo que V1 fue egresado a su domicilio a pesar de que persistía con la sintomatología motivo de la consulta.

92. De lo anterior, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se señala que AR3 omitió establecer un diagnóstico diferencial de patologías que pueden simular una enfermedad cerebral vascular, entre otras, las neoplasias intracraneales. Aunado a que AR4 no advirtió en la tomografía de cráneo, el glioblastoma que padecía V1, además de omitir sugerir estudio imagenológico contrastado.

93. El Estudio antes aludido era importante se realizará ya que, de acuerdo con la literatura médica, el tratamiento temprano, específico, y la intervención quirúrgica oportuna, en muchos casos mejora el pronóstico de los pacientes. Asimismo, se señala que la cirugía ha demostrado gran eficacia en el tratamiento del glioma



maligno,¹³ cuando el diagnóstico y el tratamiento son oportunos, siempre y cuando el paciente reúna los criterios para su realización, razón por la cual la valoración adecuada a través del médico especialista y la confirmación de diagnóstico era fundamental.

❖ **Atención médica brindada a V1 en el servicio de medicina interna en el Hospital General MF-19, del 23 al 26 de agosto de 2013.**

94. El 23 de agosto de 2013, familiares de V1 lo llevan nuevamente al área de urgencias del Hospital General MF-19, por presentar disminución de movimiento de brazo derecho desde el día previo, con pérdida del habla de dos semanas de evolución y debilidad generalizada. En esa fecha V1 fue valorado por SP1 y SP2, quienes a la exploración física advirtieron que el paciente estaba consciente, orientado, sin habla, con diagnóstico de “EVC” isquémico, proceso de degeneración de la corteza cerebral (atrofia cortico subcortical) e hipertensión arterial controlada, por lo que adecuadamente indicaron manejo médico a base de dieta hiposódica,¹⁴ soluciones parenterales, gastroprotector, antiagregante plaquetario, analgésico, complejo B, antitrombóticos, neuroprotector, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, estudios de laboratorio de rutina e interconsulta a medicina interna.

95. En la misma fecha AR1 documentó que de la valoración que realizó a V1 advirtió que éste presentaba disartria y pérdida manifiesta de la fluidez del lenguaje (afasia motora), con disminución de la fuerza muscular de miembro torácico derecho 2/5. Signo de Babinski bilateral positivo, con disminución de

¹³ <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/647GER.pdf>; Tumor maligno de encéfalo.

¹⁴ Dieta baja en sodio, como lo es el consumo de frutas y verduras.



plaquetas (presencia de plaquetopenia). Con base en los hallazgos clínicos AR1 determinó el ingreso de V1 a la especialidad de medicina interna para continuar con el manejo establecido.

96. Del 24 al 25 de agosto de 2013, se reportó con sintomatología similar a la del ingreso, adecuada tolerancia a la vía oral, consciente, orientado, obedecía órdenes y Glasgow de 15.

97. El 26 de agosto de 2013, V1 fue valorado por AR1 y AR2, quienes asentaron en la nota médica que advertían leve mejoría respecto de las alteraciones neurológicas, con hemiparesia derecha 2/5 y Babinski bilateral, por lo que indicaron agregar al manejo médico esteroides a dosis bajas; consideraron buena respuesta a manejo médico, afebril y con mejores condiciones en general. Asimismo, AR1 ajustó tratamiento farmacológico y decidió su egreso por mejoría, con indicaciones de cita abierta a urgencias y cita en dos meses a consulta externa de medicina interna.

98. De lo anterior, esta Comisión Nacional observó que a pesar de las condiciones clínicas que presentaba V1, se decidió su egreso del nosocomio, sin que se le indicara la realización de una tomografía contrastada y/o resonancia magnética, tal como está indicado para pacientes con “EVC” subaguda, omitiendo AR1 y AR2 realizar el protocolo de estudio completo para establecer el diagnóstico diferencial de patologías y decidir su envío a tercer nivel de atención médica como lo establece la Guía de Práctica para la Prevención Secundaria, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Isquémica, como era lo indicado, a través de estudios específicos señalados.



❖ **Atención médica brindada a V1 en el servicio de urgencias y medicina interna del Hospital General MF-19, del 6 al 9 de septiembre de 2013.**

99. El 6 de septiembre de 2013, V1 fue llevado al área de urgencias del Hospital General MF-19 al presentar disminución de movimientos, febrícula no cuantificada, anorexia, debilidad muscular con fatiga fácil (adinamia) de dos días de evolución.

100. Asimismo, se hizo constar antecedente de “EVC” de un mes previo, manejado con antihipertensivo y antiagregante plaquetario. A la exploración física por especialista se asentó en nota médica que advirtió a V1 consciente, orientado, sin capacidad para hablar, pupilas isocóricas, normorrefléxicas y disminución de la fuerza muscular, por lo que estableció el diagnóstico de síndrome febril en estudio, “EVC” isquémico, atrofia cortico subcortical e hipertensión arterial controlada.

101. En la misma fecha, V1 fue valorado por AR1, quien a la exploración física lo reportó con hemiparesia derecha¹⁵, disminución de la fuerza 2/5 y Babinski positivo, con Glasgow de 14 puntos. AR1 solicitó estudios de laboratorio, manejo con antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes.

102. Además, señaló que V1 presentaba condición clínica estable y nuevo evento vascular “*al parecer transitorio*”, a descartar infección sistémica. Diagnóstico de “EVC” en evolución, hipertensión arterial sistémica controlada y gastritis crónica. Se agregó a manejo médico esteroides, anticomicial, hipocolesterolemiantes, fluoroquinolona, mucolítico, nebulizaciones con salbutamol.

¹⁵ Disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo.



103. El 7 de septiembre de 2013, AR2, reportó que V1 presentaba evolución clínica más estable, con mayor movilización de extremidades respecto de su ingreso, persistía con disartria, adecuada tolerancia a la vía oral y excretas al corriente, cardiopulmonar con rudeza respiratoria y hemiparesia faciocorporal derecha y determinó agregar manejo antihipertensivo y neuroprotector.

104. El 8 de septiembre de 2013, V1 fue valorado por AR2 quien asentó en la nota médica que presentaba mejoría de cuadro clínico respecto al día precedente. A nivel respiratorio presentó rudeza respiratoria y persistencia de hemiparesia faciocorporal derecha. V1 se encontraba postrado en cama y obedecía órdenes sencillas.

105. El 9 de septiembre de 2013, AR1 señaló en nota médica que V1 presentaba buena evolución en su estado de salud, persistía con hemiparesia derecha y Glasgow de 12-13, por lo que decidió su egreso y referencia al Hospital General R-1 para valoración por el servicio de neurología.

106. AR1 elaboró la solicitud de interconsulta señalando antecedentes y diagnóstico de envío: "EVC" isquémico ACMI (*sic*), hipertensión arterial de reciente diagnóstico, gastritis y bronquitis crónica agudizada, por lo que V1 egresó a las 15:30 horas.



❖ **Atención médica brindada a V1 en el servicio de urgencias y medicina interna del Hospital General R-1, del 9 de septiembre al 2 de octubre de 2013.**

107. El 9 de septiembre de 2013, V1 fue trasladado al Hospital General R-1, nosocomio en el que el médico de urgencias adecuadamente concluyó que se trataba de paciente con deterioro neurológico probablemente secundario a “EVC” isquémico, así como datos de infección de vías respiratorias bajas y vías urinarias. De manera adecuada se indicó realizar estudio tomográfico de cráneo, radiografía de tórax e impregnación con antibióticos.

108. El 10 de septiembre de 2013, V1 presentó deterioro neurológico respecto de su ingreso y mal manejo de secreciones bronquiales, por lo que se determinó realizar intubación orotraqueal con apoyo ventilatorio mecánico y colocación de catéter venoso central.

109. El 11 de septiembre de 2013 se realizó a V1, TAC de cráneo contrastada y se determinó el diagnóstico de probable glioblastoma por lo que fue valorado por SP8, en el servicio de neurocirugía, determinándose su ingreso hospitalario. Asimismo, se informó a los familiares el mal pronóstico de V1, y la posibilidad de tratamiento neuroquirúrgico, el cual implicaba un riesgo muy alto por la edad del paciente.

110. El 13 de septiembre de 2013, V1 fue valorado y se le realizó diagnósticos diferenciales conforme al estado de salud del agraviado y el resultado de los



estudios paraclínicos, como Glioblastoma¹⁶ multiforme temporoparietal izquierdo, probable absceso cerebral, remotamente infarto cerebral, metástasis y como última posibilidad un cisticerco cerebral.

111. Las condiciones generales de salud de V1 no permitieron en ese momento manejo quirúrgico, sin embargo, se solicitó valoración preoperatoria, así como de la especialidad de Oncología médica, y se determinó un pronóstico malo a corto plazo con o sin cirugía.

112. El 18 de septiembre de 2013, V1 presentó un progresivo deterioro neurológico con Glasgow de 8 y la persistencia de la hemiparesia derecha, por lo que se determinó realizar la solicitud de consentimiento informado a sus familiares para practicarle una craneotomía frontoparietal izquierda y resección de lesión con reporte de estudio transoperatorio.

113. El 24 de septiembre de 2013, se realizó el procedimiento quirúrgico a V1, cuyo hallazgo fue de un absceso a nivel frontoparietal, el cual fue drenado y se retiró su cápsula engrosada y moderadamente vascularizada en forma subtotal. Asimismo, se efectuó estudio histopatológico transoperatorio el cual reportó un *“ASTROCITOMA DIFUSO BIEN DIFERENCIADO (GRADO II WHO)” (sic)*¹⁷.

114. La evolución de V1 del 25 al 27 de septiembre de 2013 fue tórpida, por lo que se solicitó la referencia del agraviado al Hospital *“La Raza”* para que recibiera

¹⁶ Tipo de cáncer agresivo que se genera en el cerebro o la médula espinal.

¹⁷ Tumor maligno de borde difuso, lento crecimiento, con tendencia a progresar a tumores de mayor malignidad.



atención integral por los servicios de Infectología, terapia intermedia, medicina interna e inhaloterapia.

115. El 30 de septiembre de 2013, se informó que no se autorizó el traslado de V1 al Hospital “La Raza”, lo que, de acuerdo con la persona especialista de esta Comisión Nacional, repercutió negativamente en la salud del agraviado.

116. El 1° de octubre de 2013, se realizó a V1 procedimiento de traqueostomía sin accidentes ni incidentes, al día siguiente, a pesar del manejo farmacológico y médico multidisciplinario instituido a V1, continuó con deterioro de las condiciones generales, por lo que se solicitó nuevamente interconsulta a medicina interna.

117. El 3 de octubre de 2013, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación, determinándose su fallecimiento a las 14:20 horas, siendo las causas de la muerte, acidosis respiratoria, postoperado de Glioblastoma, diabetes mellitus II e hipertensión arterial.

118. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la lesión cerebral izquierda correspondía a un glioblastoma multiforme, toda vez que se encontró con datos de necrosis caracterizado por la presencia de un absceso con cápsula moderadamente vascularizada, que corresponde con un Glioma Maligno grado IV conforme a lo descrito en la Guía de Práctica Clínica. Tratamiento del Glioma Cerebral de Alto Grado (Astrocitoma-Oligodendrioma III-IV) En el Adulto. (IMSS-647-13) *“el IV además muestra proliferación microvascular y/o necrosis diagnosticado por histopatología”*, lo cual fue bien valorado por el personal médico del Hospital General R-1.



119. De lo antepuesto, esta Comisión Nacional constató que AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscritos al Hospital General MF-19 de Altamirano, Guerrero y al Hospital “La Raza”, omitieron diagnosticar a V1 con glioblastoma multiforme, toda vez que no se realizó el protocolo de estudio completo (tomografía de cráneo para advertir extensión de la zona de compromiso cerebral para normar conducta terapéutica, resonancia magnética nuclear, así como establecer diagnósticos diferenciales) para el diagnóstico de “EVC”, durante las atenciones médicas otorgadas en los periodos del 9 al 12 de agosto de 2013, el 14 de agosto de 2013 y del 23 al 26 de agosto de 2013.

120. Incumpliendo con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para la prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica (SS-102-08) en la que se establece que *“todos los pacientes con sospecha de enfermedad vascular cerebral isquémica aguda (más de una hora de evolución) deben ser sometidos a estudio de imagen cerebral de inmediato. Se recomienda la realización de tomografía computada (TAC) para la mayoría de los pacientes en la fase aguda de la enfermedad vascular cerebral isquémica”*.

121. Además, las mencionadas personas servidoras públicas, transgredieron el artículo 32 de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*; en concordancia con el ordinal 51 del mismo ordenamiento en el que se establece que *“(...) Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”*.



122. Igualmente AR1, AR2, AR3 y AR4 dejaron de observar los numerales 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en los cuales se establece que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, y que los médicos del Instituto serán directamente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto de los servicios que cada uno de ellos proporcione; además de que el Instituto es corresponsable con el personal referido, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

C. DERECHO A LA VIDA.

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

124. La SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...)*



cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).¹⁸

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

126. La Comisión Nacional en la Recomendación 75/2017, párrafo 61, 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”*.

127. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 y AR2, personal médico del Hospital General MF-19, así como AR3 y AR4 del

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



Hospital “*La Raza*”, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

128. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional en el caso de V1 advirtió que, si bien es cierto, el pronóstico para la vida por la gravedad del padecimiento de glioblastoma multiforme era malo a corto plazo, conforme lo establece la literatura médica especializada, también es cierto que, al no haberse advertido dicho padecimiento médico de forma oportuna por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, contribuyó a que el estado de salud de V1 evolucionara hacia el deterioro, lo que condicionó su fallecimiento de manera anticipada.

129. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron en agravio de V1, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.



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

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

131. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.¹⁹

132. Resulta aplicable la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere *“(...) la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.²⁰

¹⁹ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

²⁰ CNDH. Recomendaciones: 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.



133. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.²¹

134. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”* establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*.

135. 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

²¹ Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.



interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.²²

136. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²³

137. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V1 que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por V2.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

138. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones, se señalaron las omisiones en las que ha

²² CNDH. Recomendación General 29/2017. Ídem.

²³ CNDH. Ídem., párrafo 34.



incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

139. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*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.

140. 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.

141. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V1, este Organismo Nacional advirtió que la Nota de Ingreso a Urgencias de las 08:40 horas del 9 de agosto de 2013 no cuenta con nombre, firma, cédula profesional y matrícula del personal médico que la realizó.

142. Las notas médicas de los días 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26 de agosto; 6, 7, 8 y 9 de septiembre de 2013, firmadas por AR1 y AR2 respectivamente, no tienen el número de cédula profesional, algunas de ellas sin hora y firma, además de no ser legibles.



143. Igualmente, las notas médicas de 14 de agosto de 2013, suscritas por AR3 y AR4, no tienen hora ni el número de su cédula profesional. En otras no se señaló el nombre o dato alguno que ayude a determinar quién las elaboró; aunado al hecho de que el expediente clínico de ambos nosocomios se encuentra en desorden.

144. Con lo anterior se observa que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como los numerales 5.10 y 5.11 de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, los cuales señalan que las notas del expediente deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, cédula profesional, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

145. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y el artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.



E. RESPONSABILIDAD.

146. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención médica proporcionada a V1 como quedó acreditado con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo cual derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida de V1.

147. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3 y AR4, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*.

148. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

F. REPARACIÓN DEL DAÑO.

149. 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, pero



el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

150. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.



151. 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”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

152. En el *“Caso Espinoza González Vs. Perú”*, la CrIDH enunció que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*.²⁴

153. Sobre el *“deber de prevención”* la CrIDH sostuvo que: *“(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas*

²⁴ CrIDH, *“Caso Espinoza González Vs. Perú”*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.



como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).²⁵

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

i. Rehabilitación.

155. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar, en caso de que lo requieran, a V2, V3, V4 y demás familiares de V1, que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

156. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

²⁵ CrIDH, “Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.



157. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Satisfacción.

158. En el presente caso, la satisfacción comprende que la autoridad recomendada deberá iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, que derivaron en su lamentable fallecimiento, y en contra de las personas servidoras públicas responsables.

159. Las autoridades administrativas encargadas de realizar las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación, que son útiles para la determinación de las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

160. Se deberá anexar copia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control en el IMSS, en los expediente laborales de las personas servidores públicos involucradas en la presente Recomendación.

161. Igualmente se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas que resultaron responsables de las violaciones a derechos humanos.



iii. Garantías de no repetición.

162. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

163. Además es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y *“mala praxis”* al personal médico del Hospital General MF-19 y Hospital *“La Raza”* del IMSS, así como la debida observancia y el contenido de la Guía de Práctica Clínica para la Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica. (SS-102-08), Guía de Práctica Clínica. Tratamiento del Glioma Cerebral de Alto Grado (Astrocitoma-Oligodendrioma III-IV) En el Adulto. (IMSS-647-13), Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

164. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.



165. Se deberá emitir, en el término de un mes, una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del Hospital General MF-19 y del Hospital “*La Raza*” del IMSS, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

166. También deberán emitir, en el término de un mes, otra circular dirigida al personal médico del Hospital General MF-19 y del Hospital “*La Raza*” del IMSS, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten su actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con diligencia.

167. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el “*Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley*”,²⁶ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

²⁶ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.



iv. Compensación.

168. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades otorguen una compensación a los familiares de V1 conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a la salud y la desafortunada pérdida de la vida de V1,

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se brinde la reparación integral a V2, V3 y V4 y demás familiares de V1 que conforme a derecho correspondan, y se inscriban en el Registro Nacional de Víctimas, para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral en los términos de la Ley General de Víctimas, que incluya una compensación económica, atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General MF-19 y Hospital “La Raza” involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



SEGUNDA. Colabore con el Órgano Interno de Control en el IMSS, en el seguimiento de la queja que presentará esta Comisión Nacional, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico involucrado en el caso expuesto, por las probables faltas administrativas señaladas en la presente Recomendación, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Deberá anexar copia de la determinación del Órgano Interno de Control en el IMSS, en el expediente laboral de AR1, AR2, AR3 y AR4, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas responsables de las violaciones a derechos humanos, y enviar a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en un término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación, al personal médico adscrito al Hospital General FM-19 y Hospital “*La Raza*”, ambos del IMSS, en materia de formación de derechos humanos, específicamente “*mala praxis*”, así como del manejo y observancia de la Guía de Práctica Clínica para la Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica. (SS-102-08), Guía de Práctica Clínica. Tratamiento del Glioma Cerebral de Alto Grado (Astrocitoma-Oligodendrioma III-IV) En el Adulto. (IMSS-647-13), y Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, y asegurar que, dentro de la capacitación se encuentren AR1, AR2, AR3 y AR4, personas identificadas como autoridades responsables. Dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser



consultados con facilidad, y enviar a este Organismo Nacional las pruebas de su cumplimiento.

SEXTA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular en la que se instruya que las personas servidoras públicas del Hospital General FM-19 y Hospital “*La Raza*”, ambos del IMSS, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General MF-19 y Hospital “*La Raza*”, ambos del IMSS, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes, para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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



169. 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

170. 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. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

172. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, 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 de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA