



RECOMENDACIÓN No. 39 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 33 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Ciudad de México, a 2 de septiembre de 2021.

**LIC. 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; 1, 3, primer párrafo, 6, 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, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/2569/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona No. 33, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7,



16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
V	Víctima directa
QV	Quejosa víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor Público
QM	Queja médica
Persona	Médico de Medio Privado

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones e instrumentos legales se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

INSTITUCIONES	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Organización Mundial de la Salud	(OMS)
Hospital General de Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey, Nuevo León.	HGZ-33
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey, Nuevo León.	SU del HGZ-33



NOMBRE	ACRÓNIMO
Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey, Nuevo León.	SCG del HGZ-33

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud

I. HECHOS.

5. El 25 de septiembre de 2017 QV presentó queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos del estado de Nuevo León, por la atención médica que se le brindó a V en el HGZ-33 del IMSS en Monterrey, Nuevo León, organismo local que, por razón de competencia, la remitió a este Organismo Nacional siendo recibida el 4 de octubre de 2017, lo que dio inicio al expediente **CNDH/5/2017/7615/Q**.

6. QV manifestó que el 21 de mayo de 2017, V de 68 años de edad, quien contaba con los antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) e hipertensión arterial sistémica (HAS) fue llevada al SU del HGZ-33 por presentar dolor abdominal y vómito, siendo valorada por SP1, quien la diagnosticó con “pancreatitis aguda” (inflamación aguda del páncreas y del tejido alrededor de este).

7. El 22 de mayo de 2017 V fue valorada por SP2, quien asentó que no era candidata para ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, por lo que sugirió que fuera valorada por un especialista del SCG del HGZ-33; el mismo día, SP1 estableció que del resultado de la tomografía simple de abdomen que se le realizó, observó engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, así como múltiples litos (piedras) en su interior, sin cambios inflamatorios en páncreas ni presencia de colecciones (presencia de líquido anormal), por lo que solicitó más estudios y valoración de personal del SCG del HGZ-33. En la misma fecha SP3 coincidió en el diagnóstico de la presencia de litos (piedras) en el interior de la vesícula.

8. V estuvo hospitalizada en el SCG del HGZ-33 del 22 al 30 de mayo de 2017, lapso en el que recibió manejo médico de “pancreatitis aguda de origen biliar” a base de control



de líquidos, analgésicos, antibióticos, antihipertensivos y antigluceantes; su ayuno continuó hasta el 29 de ese mismo mes, ya que al día siguiente recibió dieta blanda.

9. QV acudió el 29 de mayo de 2017 al Servicio de Trabajo Social del HGZ-33, donde SP5 le informó que V no había sido alimentada por varios días, por lo cual QV solicitó su alta voluntaria; sin embargo, al hacer SP5 de su conocimiento el seguimiento médico del caso y explicarle las consecuencias en el supuesto de su alta voluntaria, QV optó por continuar con su tratamiento.

10. El 30 de mayo de 2017 AR1 autorizó el alta hospitalaria de V, estableciendo como motivo del egreso: "*por mejoría*"; no obstante, V continuó con mal aspecto general, siendo llevada a un médico de medio privado en el cual se le realizaron estudios, entre ellos una tomografía abdominal practicada el 2 de junio de 2017, la cual fue interpretada por la Persona 1, quien observó "pancreatitis", "gastritis", "coledocolitiasis" (presencia de cálculos en los conductos biliares) y derrame pleural bilateral (acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica).

11. El 5 de junio de 2017 V fue valorada por Persona 2 y Persona 3 en un segundo medio privado, quienes refirieron que requería tratamiento en un hospital con los recursos necesarios para su correcta evolución; siendo aproximadamente las 10:55 horas del 7 de ese mismo mes V fue trasladada del hospital privado en el que había permanecido al SU del HGZ-33, donde a su reingreso fue valorada por AR2, quien asentó el hallazgo de dolor abdominal, a descartar "pancreatitis aguda", refiriendo que como parte del tratamiento se requería colocación de sonda nasogástrica (sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz); sin embargo, al no contar ese nosocomio con dicho insumo, no fue posible hacerlo. Por la tarde de esa fecha AR3 valoró a V, emitiendo el mismo diagnóstico, en tanto continuaba pendiente su ingreso al SCG del HGZ-33 para continuar tratamiento.

12. El 8 de junio de 2017 se realizó a V transfusión sanguínea, siendo valorada por AR4, quien diagnosticó pseudoquiste pancreático e indicó laboratorios al término de la transfusión. Por la noche de esa misma fecha V presentó paro cardiorespiratorio por lo que se le realizaron ciclos de reanimación cardiopulmonar con administración de adrenalina sin obtener respuesta, declarando su deceso a las 19:40 horas. Las causas de muerte descritas en el certificado de defunción fueron insuficiencia respiratoria, falla



orgánica múltiple y pancreatitis aguda.

13. El 31 de agosto de 2018, en términos de lo dispuesto por el artículo 125, fracción VIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se resolvió concluir el expediente CNDH/5/2017/7615/Q por no existir materia para seguir conociendo del asunto planteado, ya que del análisis realizado a las constancias que lo integran se advirtió que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de IMSS determinó el pago de indemnización correspondiente por el fallecimiento de V; dar vista al Órgano Interno de Control por las irregularidades advertidas en su atención; implementar un programa de capacitación en materia de Derechos Humanos con énfasis en el trato humanizado hacia la atención del adulto mayor; realizar una campaña de difusión de los Derechos Humanos del adulto mayor en el HGZ-33; así como instruir a las autoridades de dicho nosocomio que tomaran las medidas pertinentes para garantizar que la vigilancia del manejo de los pacientes adultos mayores sea adecuada y apegada a las Guías y Manuales que para ese fin se hayan establecido y con ello evitar que se repitan casos como el de mérito.

14. El 6 de febrero de 2020, el Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Estado de Nuevo León, comunicó a este Organismo Nacional que recibió la resolución dictada por el Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Cuarto Circuito, en el RA, a través de la cual se determinó: "[...] *Deje sin efectos el auto de treinta y uno de agosto de dos mil dieciocho, dictado dentro del expediente CNDH/5/2017/7615/Q, y emita otro en el que con plenitud de jurisdicción continúe el procedimiento de queja correspondiente, hasta que haya certeza de que se cumplieron los aspectos previstos en la normatividad aplicable para su finalización mediante la resolución que corresponda. [...]*".

15. Derivado de la resolución citada en el punto anterior, mediante acuerdo de 9 de marzo de 2020, la entonces Directora General y Encargada del Despacho de la Quinta Visitaduría determinó dejar sin efectos el acuerdo de conclusión de fecha 31 de agosto de 2018, dictado dentro del expediente de queja CNDH/5/2017/7615/Q y dar inicio a su similar CNDH/5/2020/2569/Q, a fin de continuar con el procedimiento de queja correspondiente hasta que se contase con la certeza de que se haya cumplido con la normatividad aplicable, por lo que al haberse agostado dicho procedimiento, su valoración lógico jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta



Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

16. Oficio DORQ/6517/2017 de 27 de septiembre de 2017, suscrito por la Directora de Orientación y Recepción de Quejas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, a través del cual, por razón de competencia, se remite la queja presentada por QV, siendo recibida en este Organismo Nacional el 4 de octubre de 2017.

17. Oficio 095217614BB1/3191 de 11 de diciembre de 2017, recibido en este Organismo Nacional en fecha 12 de ese mismo año, a través del cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH, en atención al requerimiento de información de esta Institución Nacional, remitió las constancias siguientes:

17.1. Oficio sin número de 30 de noviembre de 2017, a través del cual la Directora del HGZ-33, rindió informe respecto de la atención médica que se proporcionó a V, en el que asentó lo siguiente: “[...] 30 de mayo de 2017 la paciente [...] egresa del HGZ 33, [...] para manejo por la consulta externa con cita en 1 mes para reprogramación quirúrgica [...]”

17.2. Expediente clínico de V, integrado por las evidencias de la atención médica que se le otorgó en el HGZ-33, del que destaca lo siguiente:

17.2.1. Nota médica de las 16:04 horas de 21 de mayo de 2017 suscrita por SP9 en que estableció: “*Actualmente con buena coloración. IDX (Impresión diagnóstica) Pancreatitis, DM (Diabetes Mellitus)*”.

17.2.2. Nota de ingreso al SU del HGZ-33 de 21 de mayo de 2017, en la que la especialista urgencióloga SP1 estableció como motivo de consulta: “*Femenino de 67 años de edad la cual es traída por dolor abdominal [...] Diagnóstico: Pancreatitis aguda, RANSON 5, Bisap 2, Marshall 1, APACHE II 17 puntos (26.2%), Hipertensión arterial sistémica controlada, Diabetes Mellitus tipo 2 controlada.*”

17.2.3. Nota médica de las 00:20 horas de 22 de mayo de 2017, signada por SP2 especialista en Medicina Interna, adscrito al Servicio de Cuidados Intensivos del HGZ-33, en la que establece que por el momento V no requiere valoración por ese servicio, no obstante que podría requerirlo en forma posterior, y sugirió valoración por el Servicio de Cirugía General.

17.2.4. Nota agregada de las 01:22 horas de 22 de mayo de 2017 en la que la urgencióloga SP1 estableció que V se encontraba clínicamente estable, así como los hallazgos advertidos en su revisión.

17.2.5. Nota de evolución de Urgencias de las 09:30 horas de 22 de mayo de 2017, signada por el urgenciólogo SP3, en la que se asentaron los hallazgos advertidos de la revisión médica realizada a V y emitió diagnóstico de *Pancreatitis de origen biliar, entre otros padecimientos.*

17.2.6. Nota médica de 22 de mayo de 2017 en la que SP10 asentó impresión diagnóstica de V e hizo constar su ingreso al SCG del HGZ-33.

17.2.7. Nota médica de las 11:00 horas de 23 de mayo de 2017 signada por SP4 adscrita al Servicio de Medicina Interna del HGZ-33 SP4, en la que se estableció diagnóstico y tratamiento para V.

17.2.8. Nota médica (sin nombre y rubrica del médico que la elaboró) de 24 de mayo de 2017, en la que se establece: “*Vigilancia de estado hemodinámico...(...)...Control estricto de líquidos. Curva térmica. TA [tensión arterial] por turno. O2 [oxígeno] por puntas nasales...*”.

17.2.9. Nota de evolución de 25 de mayo de 2017, en la que AR4, médico residente adscrito al SCG del HGZ-33, señala lo siguiente: “*Paciente femenino de 67 años de edad con diagnóstico de Pancreatitis aguda origen biliar, refiere dolor difuso abdominal, afebril, en ayuno médico, canaliza gases. IC (inter consulta) al servicio de Gastroenterología.*”

17.2.10. Nota médica de 26 de mayo de 2017 sin nombre ni rubrica, en la que se advierte el siguiente: “[...] (*diagnóstico*) de *pancreatitis aguda de origen biliar.*”

Afebril, dolor epigástrico y resistencia muscular voluntaria. Labs: leucos (leucocitos) 11.9, neutros (neutrófilos) 10.4, HB (hemoglobina) 10.8, HTO (hematocrito) 34.1, Glucosa 220. Urea 62, BUN 29, DHL 932, BT 1.2, BD 0.7, Ca 6.2.[...]”

17.2.11. Nota médica (sin rúbrica) de las 06:00 horas de 27 de mayo de 2017, en la que SP8, médico interno de pregrado de guardia, establece lo siguiente: *“Dx de Pancreatitis aguda de origen biliar, refiere dolor, continua en ayuno transitorio. EF (exploración física): Neurológicamente íntegra, abdomen con resistencia muscular, doloroso a la palpación en epigastrio, resto íntegro. Plan: continúa manejo médico.”*

17.2.12. Nota médica (sin nombre ni rúbrica) de las 11:30 horas de 28 de mayo de 2017, en la que se señaló impresión diagnóstica de V.

17.2.13. Nota de evolución de las 13:40 horas de 29 de mayo de 2017, a través de la cual AR1, Jefe de Cirugía General, emitió el siguiente: *“Diagnóstico de Pancreatitis aguda, no nauseas, no vómito. A la EF neurológicamente íntegra, cardiopulmonar sin compromiso, hemodinámicamente estable, abdomen refiere dolor leve a la palpación, perístalsis presente. Plan: Mismo manejo. Resto normal.”*

17.2.14. Nota de Trabajo Social Médico de las 10:30 horas del 29 de mayo de 2017, en la que SP5 asentó que QV le comentó que su familiar (V) no había sido alimentada por más de ocho días, por lo que solicitaba su alta voluntaria.

17.2.15. Hoja de alta hospitalaria en la que se asentó como fecha y hora de egreso: “05-17”, a través de la cual AR1, establece lo siguiente en relación con la atención brindada a V: *“Especialidad o servicio al egreso: Cirugía general. Diagnóstico de ingreso: Pancreatitis aguda. Diagnóstico de egreso: pancreatitis aguda. Motivo de egreso: mejoría. Envió a: Consulta de especialidad del mismo Hospital.”* Asimismo, “registro de pacientes hospitalizados”, en el que se observa que la fecha de salida de V del HGZ-33 fue el 30 de mayo de 2017.

17.2.16. Estudio de TAC simple de abdomen total con contraste oral de 2 de junio de 2017, a través del cual Persona 1 médica radióloga de medio privado estableció: *“Conclusión: Los estudios están en relación a Pancreatitis (D) de Baltazar, Gastritis, Coledocolitiasis, edema del tejido celular subcutáneo de la pared abdominal y la región lumbar, derrame pleural bilateral.”*

17.2.17. Nota médica de las 14:00 horas de 5 de junio de 2017, a través de la cual Persona 2, médico adscrito a Cirugía General del medio privado, estableció impresión diagnóstica de V y señaló que requiere tratamiento en hospital que tengan los recursos necesarios para su correcta evolución.

17.2.18. Nota de ingreso de V al SU del HGZ-33 a las 13:00 horas de 7 de junio de 2017, signada por AR2, en la que se estableció antecedentes del padecimiento de V y hallazgos de revisión médica.

17.2.19. Nota de evolución vespertina de las 17:04 horas de 7 de junio de 2017, signada por AR3, médica adscrita al SU del HGZ-33, en la que asentó impresión diagnóstica y hallazgos de revisión médica de V; asimismo, precisó que no se colocó sonda nasogástrica.

17.2.20. Nota de Cirugía General de 8 de junio de 2017 signada por AR4 adscrito al SCG del HGZ-33 en la que asentó: *“DX Pseudoquistes pancreáticos, por el momento paciente en ayuno, distensión abdominal con ausencia de dolor, se encuentra actualmente con transfusión sanguínea debido a Hb (Hemoglobina) de 7.6, se realizarán laboratorios al terminar transfusión, paciente delicada, altamente complicable.”*

17.2.21. Certificado de defunción de V, elaborado a las 19:40 horas de 8 de junio de 2017, sin que se advierta nombre del certificador, pero sí rubrica, en el que se establece que las: *“Causas de la defunción: Falla respiratoria (20 minutos), falla orgánica múltiple (días), pancreatitis aguda (semanas).”*

17.2.22. Nota de defunción de las 20:20 horas de 8 de junio de 2017, signada por SP11 y SP12 médicos adscritos al SCG del HGZ-33, en la que se asentó que V presentó paro cardiorespiratorio y que se declaró su deceso a las 19:40 horas.



17.2.23. Informe de 3 de diciembre de 2017 suscrito por AR4, a través del cual hace del conocimiento que en las dos ocasiones en que V fue atendida en el Servicio de Cirugía General del HGZ-33 fue bajo su cargo.

18. Dictamen Médico de 28 de febrero de 2018 emitido por una perita médica legista adscrita a esta Comisión Nacional, en el que con base en el análisis médico legal de las copias de las constancias que integran el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica proporcionada a V en el HGZ-33, así como de la bibliografía médica especializada aplicable al caso, emitió seis puntos resolutivos.

19. Oficio 095217614C21/1784 de 15 de agosto de 2018, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, recibido en este Organismo Nacional el 16 de ese mismo mes y año, a través del cual se informó que el 11 de junio de 2018, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, emitió acuerdo en el que, entre otras medidas restitutivas, determinó en sentido procedente el pago indemnizatorio a quien acredite su legítimo derecho.

20. Acta circunstanciada de 28 de agosto de 2018, en la que un Visitador Adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar que mediante comunicación vía telefónica, la representante legal de QV señaló que personal del IMSS ya le había notificado a su representado el acuerdo emitido el 11 de junio de 2018 por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, y agregó que la decisión de la familia de V de suscribir un convenio con el IMSS para finiquitar el caso, aún se encontraba pendiente, ya que les preocupaba que la sanción que correspondiera debía ser aplicada.

21. Acuerdo de conclusión del expediente CNDH/5/2017/7615/Q de 31 de agosto de 2018, el cual se determinó de conformidad con lo dispuesto en el artículo 125, fracción VIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

22. Oficio 095217614C21/2175 de 18 de septiembre de 2018, suscrito por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, el cual fue recibido en este Organismo Nacional el 20 de



septiembre de ese mismo año, a través del cual hizo del conocimiento que el 14 de agosto de ese mismo año, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Nuevo León del IMSS, dio vista de los hechos relacionados con el presente caso al Órgano Interno de Control en esa Delegación del IMSS, a efecto de implementar las acciones preventivas y correctivas que atiendan la determinación contenida en el acuerdo mencionado.

23. Acuerdo de reapertura del expediente CNDH/5/2017/7615/Q de fecha 9 de marzo de 2020, suscrito por la entonces Directora General y Encargada del Despacho de la Quinta Visitaduría General, a través del cual dio cumplimiento a la resolución dictada por el Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Estado de Nuevo León, el 6 de febrero de 2020, dentro del amparo en revisión (RA), en la que instruyó dejar sin efectos la determinación de 31 de agosto de dos mil dieciocho, por la que se había dado por concluido el expediente en mención, y emitir otra en el que con plenitud de jurisdicción continúe el procedimiento de queja correspondiente, hasta que haya certeza de que se cumplieron los aspectos previstos en la normatividad aplicable para su finalización mediante la resolución que corresponda.

24. Acta circunstanciada de 27 de abril de 2020, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción vía correo electrónico del informe rendido por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que anexó archivo electrónico de la siguiente documentación:

24.1. Oficio 209001051100/0602 de 30 de marzo de 2020, suscrito por la entonces encargada de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Delegación Regional Nuevo León de dicho Instituto, a través del cual se hizo del conocimiento que el 6 de septiembre de 2018, QV presentó recurso de impugnación en contra del monto de la indemnización determinado por la Comisión Bipartita, mismo que dio inicio al expediente (RI) el cual fue resuelto por el H. Consejo Consultivo Delegacional como infundado en fecha 26 de ese mismo mes y año.

24.2. Oficio 209001410100/OJFYA/02/2019 de 20 de febrero de 2019, suscrito por el Jefe de la Oficina de Juicios Fiscales y Amparos de la Delegación Regional Nuevo León del IMSS, dirigido a la Coordinadora de Orientación y Atención a



Derechohabientes de la misma delegación, a través del cual hizo del conocimiento que con fecha 5 de diciembre de 2018, QV interpuso demanda de nulidad en contra de la resolución recaída al RI, la cual fue radicada en la Primera Sala Regional del Noreste del H. Tribunal Federal de Justicia Administrativa, lo que dio inicio al JF.

24.3. Impresión de correo electrónico de 30 de marzo de 2020, enviado por el Jefe de Oficina de Juicios Fiscales y Amparos de la Delegación del IMSS en el estado de Nuevo León, al que anexó archivo electrónico con la resolución de 8 de enero de 2020, emitida por la Primera Sala Regional del Noreste del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, por medio de la cual se sobreseyó el JF.

25. Acta circunstanciada de 25 de noviembre de 2020, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción vía correo electrónico del informe remitido por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual se hizo del conocimiento que esa autoridad aún se encuentra a la espera de que QV establezca un beneficiario legal para dar cumplimiento al pago de la indemnización determinado a través de la resolución de 11 de junio de 2018, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto; asimismo, se señaló que el Jefe de la Oficina de Asuntos Fiscales de la Delegación Regional Nuevo León de ese Instituto, indicó que ante la resolución de sobreseimiento de 8 de enero de 2020 del JF, la parte actora promovió el Juicio de Amparo Directo (JAD).

26. Acta circunstanciada de 15 de febrero de 2021, en la que una especialista en medicina legal adscrita a esta Comisión Nacional estableció que: *“en relación a la queja CNDH/5/2020/2569/Q se ratifica en todos sus términos el dictamen médico con número de expediente CNDH/5/2017/7615/Q emitido por la suscrita en agravio de V en fecha 28 de febrero de 2018.”* reiterando en todas y cada una de sus conclusiones el dictamen emitido en la fecha que se indica.

27. Acta circunstanciada de 28 de julio de 2021, en la que se certificó una diligencia telefónica con la representante legal de QV, a través de la cual informó que sobre el caso, el 25 de septiembre de 2017 presentó, ante una agencia del Ministerio Público de



la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León denuncia penal, donde se inició la carpeta de investigación número (CI), la cual aún se encuentra en trámite. Asimismo, indicó que respecto al JAD, el 18 de febrero de 2021, el Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Decimoprimera Región, en auxilio del Tercer Tribunal Colegiado Administrativo con sede en Nuevo León, lo concedió, ordenando dejar insubsistente la resolución, y que se dictara otra, en la que, asumiendo competencia, el Tribunal Federal de Justicia Administrativa resolviera sobre el fondo, autoridad que en cumplimiento, el 8 de abril de 2021, declaró la nulidad de la resolución del RI, lo cual comunicó al IMSS el 7 de mayo de 2021, instancia que en su oportunidad deberá resolver lo conducente, sin que a la fecha lo hubiesen realizado. Finalmente precisó que sus representados no han recibido la indemnización ordenada por el IMSS, ya que condiciona su pago, a que se firme un finiquito, y que la indemnización calculada por dicho Instituto no cumple con los parámetros de la Ley General de Víctimas y de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

28. Acta circunstanciada de 28 de julio de 2021, en la que se hace constar la recepción de un mensaje de correo electrónico por parte de la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH, en el que adjuntó copia del diverso 20900 1051100/1493, de 14 de agosto de 2018, por el cual la Coordinadora Delegación de Atención y Orientación al Derechohabiente en Nuevo León, dio vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto, para que tal instancia diera cumplimiento a la determinación del 11 de junio de 2018 emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, dentro de la QM. Adicionalmente, mediante conversación telefónica dicha servidora pública precisó que el EA ya se había concluido por falta de elementos, sin conocer la fecha exacta de su resolución.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

29. El 25 de septiembre de 2017 la representante legal de QV presentó denuncia de hechos relacionada con los hechos motivo de la queja ante la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León, lo que dio inicio a la CI, misma que se encuentran en trámite.



30. El 25 de septiembre de 2017 QV presentó queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos del estado de Nuevo León, por la atención médica que se le brindó a V en el HGZ-33 del IMSS en Monterrey, Nuevo León.

31. El 4 de octubre de 2017, se recibió en este Organismo Nacional oficio DORQ/6517/2017 de 27 de septiembre de ese mismo año, a través del cual, por razón de competencia, la Comisión Estatal de Derechos Humanos del estado de Nuevo León remitió la queja presentada por QV, lo que dio inicio al expediente CNDH/5/2017/7615/Q.

32. A través de acuerdo de 11 de junio de 2018, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, determinó precedente la QM relativa al caso de V.

33. El 14 de agosto de 2018, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Nuevo León del IMSS, dio vista del caso al Órgano Interno de Control en ese Instituto, el cual dio inicio al EA, mismo que fue determinado por falta de elementos.

34. El 31 de agosto de 2018 esta Institución Nacional determinó la conclusión del expediente CNDH/5/2017/7615/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 125, fracción VIII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por no existir materia para seguir conociendo del asunto planteado.

35. El 6 de septiembre de 2018, QV presentó recurso de inconformidad en contra del monto de la indemnización determinado por la Comisión Bipartita del IMSS, lo que dio inicio al expediente RI, resuelto por el H. Consejo Consultivo Delegacional como infundado el 26 de ese mismo mes y año.

36. El 5 de diciembre de 2018, QV interpuso demanda de nulidad en contra de la resolución de 26 de septiembre de 2018, recaída en el RI, radicándose el JF en la Primera Sala Regional del Noreste del H. Tribunal Federal de Justicia Administrativa.



37. El 8 de enero de 2020 la Primera Sala Regional del Noreste del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, determinó el sobreseimiento del JF; ante dicha resolución, la parte actora promovió juicio de Amparo Directo, integrándose el expediente JAD en el Tercer Tribunal Colegiado Administrativo.

38. El 6 de febrero de 2020, el Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Estado de Nuevo León, comunicó a este Organismo Nacional que recibió la resolución dictada por el Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Cuarto Circuito, en el RA, a través de la cual se determinó lo siguiente: "[...] *Deje sin efectos el auto de treinta y uno de agosto de dos mil dieciocho, dictado dentro del expediente CNDH/5/2017/7615/Q, y emita otro en el que con plenitud de jurisdicción continúe el procedimiento de queja correspondiente, hasta que haya certeza de que se cumplieron los aspectos previstos en la normatividad aplicable para su finalización mediante la resolución que corresponda. [...]*".

39. El 9 de marzo de 2020, la entonces Directora General y Encargada del Despacho de la Quinta Visitaduría determinó dejar sin efectos el acuerdo de conclusión de fecha 31 de agosto de 2018, dictado dentro del expediente CNDH/5/2017/7615/Q y dio inicio a su similar CNDH/5/2020/2569/Q.

40. El 18 de febrero de 2021, el Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Decimoprimera Región, en auxilio del Tercer Tribunal Colegiado Administrativo con sede en Nuevo León, concedió el amparo, ordenando dejar insubsistente la resolución del JF, y que se dictara otra, en la que asumiendo competencia, el Tribunal Federal de Justicia Administrativa resolviera sobre el fondo, autoridad que determinó declarar la nulidad de la resolución del RI, lo cual comunicó al IMSS el 7 de mayo de 2021, continuando pendiente que el IMSS solviente lo conducente.

IV. OBSERVACIONES.

41. Antes de entrar al estudio de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V, que dieron origen a la presente Recomendación, este Organismo Nacional reconoce que el Estado mexicano, a través de sus instituciones públicas, está obligado a cumplir con el deber jurídico de investigar con los medios legales a su alcance los ilícitos que se cometen en el ámbito de su competencia, a fin de identificar a los



responsables y lograr que se les impongan las sanciones pertinentes, con la finalidad de garantizar el derecho a la seguridad jurídica y evitar cualquier situación de impunidad.

42. En ese sentido, esta Institución Nacional no se pronuncia sobre las actuaciones llevadas a cabo en el JF y el JAD por tratarse de actos de naturaleza jurisdiccional, en términos de los artículos 102, apartado B, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, fracción II, y 8, última parte, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 2, fracción IX, incisos a), b) y c), de su reglamento interno.

43. Respecto de la CI relacionada con los hechos motivo de la queja, esta Comisión Nacional observa que dentro de las pretensiones planteadas por QV en su escrito de queja, no se advierte inconformidad o señalamiento en contra del personal a cargo de dicha indagatoria.

44. No obstante, no debe soslayarse la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir y hacer cumplir la ley, específicamente de las instituciones de procuración de justicia, que por mandato constitucional son representantes de las víctimas del delito y de los órganos encargados de impartición de justicia. Éstos deben proporcionarles un trato digno, sensible, respetuoso y, fundamentalmente, brindarles una debida atención cuando han sido objeto del delito, tomando en cuenta el derecho a la procuración de justicia y los derechos de las víctimas en términos de lo que establecen los artículos 17 y 20, apartado C, constitucionales y los instrumentos internacionales en la materia.

45. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2020/2569/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud, en agravio de V, por una responsabilidad de tipo institucional, atribuible al IMSS, así como por los actos y omisiones de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal del HGZ-33 del IMSS, que contribuyó al deterioro del estado de salud



de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas.

46. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 68 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HGZ-33.

47. 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.”*¹ 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.

48. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”*²

49. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 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

¹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26. Y CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

² Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).



la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son 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.

50. El citado artículo 17 del "Protocolo de San Salvador", en el rubro de "Protección a los Ancianos" señala que: *"Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad"*, por lo que *"... los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica..."*.

51. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos 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, se define 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 *"...aquélla 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."*

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

53. Adicionalmente, la Ley General de Salud 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..."*

54. A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.³ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.⁴

55. En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.⁵

56. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte que, en el presente caso, V presentaba diabetes mellitus II, así como hipertensión arterial, circunstancia que debe ser considerada como un elemento medular para establecer la gravedad de este tipo de pacientes; es decir, dejar de tomar en cuenta que las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, ya que tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.⁶

57. En ese sentido, la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”*⁷

³ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁴ OMS, *Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

⁵ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017*, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40

⁶ CNDH. Recomendaciones 52/2020 p. 36, 32/2020, p. 29, 23/2020, p. 28 y 52/2020, p 35, entre otras.

⁷ Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*, numeral 3.20



58. El Informe Mundial sobre la Diabetes, de la OMS, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía.[...].”*⁸

59. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes⁹, así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) destacando las recomendaciones sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención; diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos, entre otras.¹⁰

60. Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹¹

61. En el presente caso, se advirtió que, desde el 7 de junio de 2017, AR2 y AR3, personal adscrito al HGZ-33 del IMSS en Monterrey, Nuevo León, se percataron de que V presentaba diabetes descontrolada, por lo que debieron tener en cuenta que se trataba de una persona de 68 años de edad, en una condición de especial vulnerabilidad, ya que padecía pancreatitis aguda con base al criterio de RANSON¹², así como pseudoquiste pancreático, aunado a la presencia de derrame pleural bilateral (acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica) como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

⁸ Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

⁹ Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010”*; op. cit.

¹⁰ Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud, con el siguiente link: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223.

¹¹ CNDH. Recomendaciones 52/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; entre otras.

¹² Es una regla de predicción clínica para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda.



B. Derecho a la Protección de la Salud.

62. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹³

63. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹⁴

64. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*¹⁵

65. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

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

¹³ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28

¹⁴ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.



garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”. Además, 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.”¹⁶

67. En el presente asunto se advierte que el 21 de mayo de 2017, V paciente femenino con 68 años de edad, quien contaba con antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), fue presentada en el Servicio de Urgencias del HGZ-33, por padecer dolor abdominal con predominio en epigastrio (región superior del abdomen que va desde la punta del esternón hasta el ombligo) que irradiaba a la espalda, así como vomito en una ocasión.

68. En la nota médica inicial del Servicio de Urgencias a su ingreso al HGZ-33 el 21 de mayo de 2017, V fue valorada por SP1 quien a la exploración física la encontró con buen color de piel, facies de dolor, neurológicamente íntegra, área cardíaca y pulmonar normal, en la región abdominal la perístalsis (contracción natural del estómago y de los intestinos) estaba disminuida, a la palpación (tacto que el médico realiza con la mano en zonas externas y accesibles del paciente) con abdomen doloroso, realizando además análisis de estudios de laboratorio y criterios diagnósticos de RANSON y APACHE II¹⁷ que la orientaron a diagnosticar una pancreatitis aguda.

69. En nota médica de las 00:20 horas del 22 de mayo de 2017, SP2 adscrito al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, asentó que en ese momento V no era candidata para ingresar a esa unidad, sugiriendo su valoración el Servicio de Cirugía General; en la misma fecha, en nota médica de las 01:22 horas SP1 asentó que valoró tomografía simple de abdomen de V, la cual mostró engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, así como múltiples litos (piedras) en su interior, sin cambios inflamatorios en páncreas ni presencia de colecciones (presencia de líquido anormal), por lo que solicitó ultrasonografía de hígado y vías biliares y valoración al Servicio de Cirugía General.

¹⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

¹⁷ APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*), es un sistema que permite cuantificar la gravedad de la Pancreatitis a través de variables fisiológicas que expresan la intensidad de la enfermedad.

70. SP3 del Servicio de Cirugía General, señaló en nota médica de las 09:30 horas del 22 de mayo de 2017, que en la tomografía abdominal tomada a V se reiteró la presencia de litos (piedras) en el interior de la vesícula, diagnosticándole pancreatitis de origen biliar, hipertensión arterial en tratamiento, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, así como que cursa con BISAP de 2 puntos y con RANSON 4 puntos.

71. Al respecto, en el dictamen médico emitido por una especialista en medicina legal de este Organismo Nacional el 28 de febrero de 2018, se estableció que la atención médica que recibió V en el Servicio de Urgencias del HGZ-33 los días 21 y 22 de mayo de 2017 fue la indicada y adecuada.

72. V fue ingresada al Servicio de Cirugía General el día 22 de mayo de 2017 con el diagnóstico de pancreatitis aguda de origen biliar, indicándosele tratamiento a base de ayuno, líquidos, analgésicos, antibióticos, antihipertensivos, antiglucemiantes y vigilancia estrecha, tal y como lo establece la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de Pancreatitis Aguda.

73. En nota médica de las 11:00 horas del 23 de mayo de 2017 SP4, especialista en Gastroenterología, confirmó diagnóstico de pancreatitis de origen biliar y agregó que V presentaba datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica¹⁸, sin que se pudiera establecer una estadificación de la gravedad de la pancreatitis en ese momento por falta de estudios sanguíneos como el DHL (deshidrogenasa láctica)¹⁹ y Ca (calcio)²⁰; además, efectuó ajuste al tratamiento médico, indicando cuantificación de uresis²¹ y solicitó estudios de laboratorio faltantes para estadificar estatus de la pancreatitis aguda.

74. Mientras que V estuvo hospitalizada en el Servicio de Cirugía General del HGZ-33, del 22 al 30 de mayo de 2017, su tratamiento consistió en manejo médico de la pancreatitis aguda de origen biliar a base de control de líquidos, analgésicos, antibióticos, antihipertensivos y antiglucemiantes, así como ayuno hasta el 29 de ese

¹⁸ Entidad clínica secundaria a una Patología o Enfermedad en la que surge una respuesta inflamatoria ante agresiones graves, como por ejemplo Sepsis, Traumatismos, Quemaduras, Pancreatitis, etc.).

¹⁹ La DHL (deshidrogenasa láctica) es una proteína que ayuda a producir energía en el cuerpo, su medición sirve para verificar daño tisular.

²⁰ El páncreas se basa en el calcio para liberar sus hormonas y enzimas. Es esencial para la digestión y la producción de energía. Sin embargo, cuando los niveles de calcio son demasiado altos también pueden causar algunas enfermedades pancreáticas.

²¹ Cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un período de tiempo determinado.



mes y año, fecha hasta la cual recibió dieta blanda.

75. En nota de trabajo social médico de las 10:30 horas del 29 de mayo de 2017, se asentó que QV comentó a SP5, adscrita al Servicio de Trabajo Social, que V no había sido alimentada por más de ocho días, por lo que solicitaba su alta voluntaria; ante tal petición, SP5 le orientó sobre el seguimiento de su caso y le explicó las consecuencias de que se autorizara el alta voluntaria anticipada, por lo que QV optó por esperar para que V recibiera un tratamiento correcto.

76. En su dictamen médico, la especialista de esta Comisión Nacional consideró que en relación con el apoyo nutricional en conjunto con el tratamiento médico, la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, establece que los pacientes con pancreatitis leve pueden ser alimentados por vía oral, posterior a un periodo de ayuno y a la ausencia de dolor y la disminución de los valores de amilasa y lipasa, o bien la nutrición enteral debe iniciarse dentro de las 48 horas desde el ingreso hospitalario, situación que no ocurrió en el presente caso, en el que la agraviada permaneció en ayuno desde su ingreso el 21 de mayo de 2017 y hasta el 29 del mismo mes; sin embargo, dicha circunstancia no repercutió en el estado de salud de V, toda vez que la bibliografía médica establece que la pancreatitis aguda leve tiene poco impacto sobre el estado nutricional o metabolismo.

77. La especialista de este Organismo Nacional también señaló, que en el expediente clínico de mérito no obra nota médica con resumen de egreso hospitalario, sino que únicamente contiene una hoja de alta hospitalaria signada el 30 de mayo de 2017 por AR1, Jefe del Servicio de Cirugía General del HGZ-33, en la que hace referencia al diagnóstico de ingreso y egreso de pancreatitis aguda y en la que establece como motivo de egreso: “*mejoría*”.

78. Sobre el particular cabe decir que el artículo 138 Bis 14, del Reglamento de la Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del médico tratante y del equipo multidisciplinario identificar, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el usuario refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas



consideradas como obstinación terapéutica ni que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente.

79. La especialista de esta Institución Nacional también precisó, en su dictamen médico, que la autorización del alta hospitalaria suscrita el 30 de mayo de 2017 por AR1 fue de forma precipitada, debido a que el estado de salud de V no era favorable para mantener un tratamiento conservador domiciliario, permitiéndole evidenciar que AR1 incurrió en negligencia médica por omisión al actualizarse falta de cuidado.

80. Posterior a su egreso hospitalario, V continuó con mal aspecto general sin notar mejoría, motivo por el cual fue llevada, por QV, a medio médico privado en el que le realizaron estudios, entre estos, una tomografía abdominal el 2 de junio de 2017, misma que fue interpretada por radióloga Persona 1, quien diagnosticó pancreatitis, gastritis, coledocolitiasis (presencia de cálculos en los conductos biliares) y derrame pleural bilateral (acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica).

81. El 5 de junio de 2017, en un segundo medio privado, V fue valorada por Persona 2 y Persona 3, especialistas en cirugía general, quienes indicaron que requería tratamiento en un medio hospitalario con los recursos necesarios para su correcta evolución, advirtiendo hallazgos de abdomen globoso, dolor abdominal y edema (acumulo de líquido) en miembros inferiores, así como alteraciones sanguíneas compatibles con un desequilibrio hidroelectrolítico²², y también indicó que en tomografía abdominal presentaba pseudoquiste pancreático en formación (saco lleno de líquido en el abdomen), ascitis (acumulación de una cantidad anormal de líquido dentro del abdomen) y derrame pleural (acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica).

82. Al continuar con dolor abdominal y distensión abdominal, el 7 de junio de 2017, V fue llevada por QV, en segunda ocasión, al Servicio de Urgencias del HGZ-33, siendo valorada por AR2, quien en su nota, asentó que la encontró con abdomen distendido, doloroso y con perístalsis (contracción natural del estómago e intestinos) disminuida, diagnosticando dolor abdominal a descartar pancreatitis aguda, refiriendo que como

²² Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta.



parte del tratamiento se requería colocación de sonda nasogástrica (sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz); sin embargo, al no contar dicho nosocomio con éste insumo, no le fue colocada.

83. Al respecto, el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, establece que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, por lo que, al carecer el HGZ-33 de la sonda nasogástrica, el personal a cargo de dicho nosocomio incurrió en inobservancia a dicha normatividad, toda vez que en el momento en que V requería de ese dispositivo, el Servicio de Urgencias se vio impedido para proporcionarlo, no obstante que se trataba de un material necesario e indispensable para el tratamiento de pancreatitis que V padecía, omisión con la cual el titular de ese nosocomio, así como el personal encargado de proveer a esa Institución de los recursos materiales necesarios para la atención de sus pacientes, incurrieron en responsabilidad institucional.

84. Por la tarde del 7 de junio de 2017, AR3, médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGZ-33, asentó que llevó a cabo valoración a V, diagnosticando nuevamente pancreatitis aguda con base al criterio de RANSON y reiterando que hasta ese momento no se había colocado sonda nasogástrica, así como que se encontraba en espera de una cama para ingresar al Servicio de Cirugía General para continuar tratamiento.

85. En el dictamen médico emitido por la especialista de esta CNDH, se estableció que durante el primer día de V en su estancia hospitalaria en el Servicio de Urgencias del HGZ-33, AR2 y AR3 omitieron solicitar estudios complementarios de gabinete como son tomografía de abdomen y placa radiográfica de tórax para valoración de posibles complicaciones del diagnóstico de pancreatitis que había padecido en días previos a su ingreso.

86. Aunado a lo anterior, se evidenció que V contaba con estudios de gabinete realizados en medios privados que evidenciaban un pseudoquiste pancreático en formación (saco lleno de líquido en el abdomen), además de presencia de derrame pleural bilateral (acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica), lo que permitía identificar en ese momento una probable complicación relacionada con la pancreatitis que habría cursado previamente,



sin embargo, ante la omisión de AR2 y AR3 de realizar los estudios complementarios de gabinete de tomografía de abdomen y placa radiográfica de tórax en forma inmediata, con tal conducta se impidió que se llevara a cabo una correcta valoración de su estado de salud a fin de integrar en forma oportuna un diagnóstico certero.

87. En nota médica de 8 de junio de 2017, AR4, adscrito al Servicio de Cirugía General del HGZ-33, diagnosticó a V pseudoquiste pancreático, con distensión abdominal e indicó que se encontraba en proceso de transfusión sanguínea debido a hemoglobina de 7.6 mg/dl; sin embargo, de las notas integradas al expediente clínico, no se observó que haya solicitado los estudios complementarios de gabinete, como lo era la tomografía de abdomen y placa radiológica de tórax, ante lo cual omitió realizar las acciones necesarias para establecer en forma oportuna las complicaciones que ya presentaba y, que incluso, se habían evidenciado con estudios médicos previamente realizados en medio privado, derivado de lo cual incurrió en negligencia médica por omisión, con lo que con tal conducta, contribuyó directamente al deceso de V.

88. Por la noche del 8 de junio de 2017, V presentó paro cardiorespiratorio, realizándose ciclos de reanimación cardiopulmonar con administración de adrenalina sin obtener respuesta favorable, declarándose su deceso a las 19:40 horas; las causas de la defunción de V fueron descritas en el certificado de defunción, como: “...a) *Falla Respiratoria*, b) *Falla Orgánica múltiple*, c) *Pancreatitis Aguda*.”

89. Del análisis a las notas médicas en cita y las consideraciones expuestas, la especialista de este Organismo Nacional determinó que en el presente caso existió negligencia médica por omisión en relación a la atención médica brindada por AR1, AR2, AR3 y AR4, en los Servicios de Urgencias y de Cirugía General del HGZ-33 del IMSS en Monterrey Nuevo León, los días 30 de mayo, así como 7 y 8 de junio de 2017, toda vez que, AR1 en su primer lapso de internación dio de alta en forma precipita a V, sin que su condición de salud hubiera cursado la recuperación suficiente para haber llegado a tal determinación, lo que permitió que en su atención domiciliaria se deteriorara su condición de salud.

90. En un segundo internamiento de V, del 7 al 8 de junio de 2017, AR2, AR3 y AR4, omitieron solicitar los estudios de gabinete considerados en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis como la tomografía abdominal y



radiografía de tórax en forma oportuna, a efecto de establecer un diagnóstico y tratamiento en forma oportuna, en relación con la gravedad del padecimiento de pancreatitis que presentaba, y sobre todo, la presencia de complicaciones propias de ésta patología, tales como formación de pseudoquiste pancreático y derrame pleural bilateral.

91. Por lo cual, AR1, AR2, AR3 y AR4, vulneraron en perjuicio de V, su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

92. Asimismo, AR1, AR2, AR3 y AR4 contravinieron lo dispuesto en los artículos 8, fracciones II y III, y 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que prevén, entre otras actividades médicas, las curativas que tienen por objeto efectuar el diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer su tratamiento oportuno, de rehabilitación, que incluyen las acciones tendentes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental; así como que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable.

C. Derecho a la Vida.

93. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de las negligencias médicas, descritas en los párrafos que anteceden, ésta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la obtención del tratamiento que V requería, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

94. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y



Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

95. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²³, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

96. Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existet transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”*.²⁴

97. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.²⁷

98. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos al HGZ-33 del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación

²³ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

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

al derecho a la vida.

99. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en negligencia al no realizar acciones tendentes a proporcionar a V el tratamiento médico necesario y suficiente antes de autorizar su alta médica, en el caso de AR1, y de omitir instruir los estudios médicos necesarios con oportunidad y establecer tratamiento médico eficaz en el supuesto de AR2, AR3 y AR4, incumpliendo a su vez con lo dispuesto en el “Código de conducta para el personal de Salud 2002”, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2 y 3, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”.*

100. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrieron en responsabilidad de tipo institucional, por no realizar los trámites necesarios para el tratamiento que debía aplicarse, contribuyendo en el deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio V.

101. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

102. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación de la persona prestadora de servicio de salud.²⁵

²⁵ CNDH. Recomendaciones: 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr. 61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58 entre otras.

103. 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.”*²⁶

104. Por otra parte, se debe considerar que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

105. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico, es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁷

106. También se ha establecido en diversas recomendaciones 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

²⁶ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

²⁷ CNDH. Recomendación General del 31 de enero de 2017, p. 35.



al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁸

107. Esta Comisión Nacional, ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de las personas prestadoras de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del o la paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29/2017, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 28/2021, 44/2020 y 45/2020.

108. En el caso particular, el especialista médico de este Organismo Nacional advirtió la inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGZ-33, al verificarse que existieron las siguientes inconsistencias: nota médica inicial de urgencias de 21 de mayo de 2017 de las 12:38, no legible; nota médica de 24 de mayo de 2017 elaborada por AR4 sin rúbrica; nota médica de 27 de mayo de 2017 a las 06:00 horas sin rúbrica de SP8; nota médica de 28 de mayo de 2017, a las 11:30 horas sin rúbrica SP7; nota médica del 5 de junio de 2017 a las 14:00 horas con apellido no legible; nota médica de ingreso a urgencias de 7 de junio de 2017 a las 13:00 horas elaborada por AR2 sin rúbrica; nota médica de 8 de junio de 2017 sin nombre completo ni firma de AR4; y certificado de defunción de 8 de junio de 2017 de las 19:40 horas, sin nombre del médico certificador.

109. En ese sentido, la normatividad citada en el párrafo que antecede refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, 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.

²⁸ CNDH. Recomendaciones 45/2020, párr. 93; 44/2020, párr. 64; 43/2020, párr. 72; 42/2020, párr.62.



110. A consecuencia de lo anterior, se concluyó que existió inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, debido a que el expediente clínico de V se encontraba con notas médicas sin hora, sin fecha, sin nombre completo y sin la rúbrica del médico que las realizó.

111. La idónea integración del expediente clínico de QV y V es un deber a cargo de las personas prestadoras de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del o la paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, 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 se cumpla en sus términos.

E. Responsabilidad.

E.1. Responsabilidad de Servidores Públicos.

112. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, ya que el 30 de mayo de 2017 autorizó el alta médica de V en forma precipitada por "*mejoría*", no obstante que, como se evidenció en medios privados en días subsecuentes, su condición de salud era delicada. Tan es así que, el 7 de junio volvió a ser internada en el HGZ-33 en estado grave de salud suscitándose su deceso al día siguiente.

113. De igual forma fue evidenciado que AR2, AR3 y AR4 incurrieron en responsabilidad al omitieron solicitar los estudios de gabinete considerados en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis como la tomografía abdominal y radiografía de tórax en forma oportuna, a efecto de establecer un diagnóstico y tratamiento eficaces, en relación con la gravedad del padecimiento de pancreatitis que V presentaba.

114. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que



todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque 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.

115. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, remita copia certificada de la presente resolución ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que la misma se integre al procedimiento de responsabilidad administrativo iniciado con motivo de los hechos.

E.2. Responsabilidad Institucional.

116. Además de las responsabilidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR2, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en el HGZ-33 del IMSS, prevaleció una problemática que desarrolló y propició una violación a Derechos Humanos a la protección de la salud y a la vida de V, dando lugar a responsabilidad de tipo institucional.

117. Esta Comisión Nacional estima conveniente reiterar que el 7 de junio de 2017, en el HGZ-33 del IMSS, AR2 y AR3 establecieron como parte de su tratamiento, la necesidad de colocar a V una sonda nasogástrica; sin embargo, asentaron en las notas de esa misma fecha, señaladas con antelación, que ese nosocomio no contaba con tal recurso. En tal virtud, el titular de ese nosocomio, así como el personal encargado de proveer a esa Institución de los recursos materiales necesarios para la atención de sus



pacientes incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que en el momento en que V requería de dicho dispositivo, el Servicio de Urgencias se vio impedido para proporcionarlo, no obstante que se trataba de un material necesario e indispensable para el tratamiento de pancreatitis que V padecía, omisión con la cual, actuación que no fue acorde, eficiente, adecuada y responsable en aras de garantizar y salvaguardar su derecho a la salud y la vida.

118. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se precisó que, el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, establece que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, por lo que, al carecer el HGZ-33 de la sonda nasogástrica, el personal a cargo de dicho nosocomio incurrió en inobservancia a dicha normatividad.

119. En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, debido a la omisión por parte del IMSS de dotar al HGZ-33 de los recursos médicos suficientes para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó negligencia en el tratamiento oportuno para atender las afecciones que padeció V.

120. Por tanto, la falta de la sonda nasogástrica para el tratamiento de pancreatitis, implicó responsabilidad institucional para el IMSS, ya que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional de calidad para V, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

121. Asimismo, en el Reglamento de la Ley General de Salud, en su artículo 74, establece: *“...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su*



tratamiento y que estará obligado a recibirlo...". Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al no efectuarse el suministro y/o adquisición del fármaco para el tratamiento antimicrobiano.

F. Reparación Integral del Daño.

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

123. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia, al derecho a la vida de V, se deberá inscribir a QV y a quien por derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y



Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la citada Ley; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la referida Comisión Ejecutiva.

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

125. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral a favor de QV y de quien por derecho le corresponda, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fue objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

126. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

127. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar



a QV y a quien por derecho le corresponda, la atención médica y psicológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

128. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV y para quien por derecho le corresponda, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

129. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.²⁹

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

131. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV

²⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.



y a quien por derecho le corresponda, por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción.

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

133. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la CI, así como de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

134. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberán informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición.

135. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.



136. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HGZ-33, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

137. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el Estado de Nuevo León, particularmente del HGZ-33, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. El IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV y a quien por derecho le corresponda, por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional



remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; asimismo, en términos de la Ley General de Víctimas, se deberá inscribir a QV y a quien por derecho le corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las pruebas de cumplimiento respectivas.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica y psicológica que requieran QV y demás deudos que acrediten ese derecho, la que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para ellos, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos; hecho lo anterior, se deberán remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social relacionadas con el presente caso, deberán colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la CI, así como de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se deberá remitir en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Las autoridades del IMSS deberán implementar en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HGZ-33, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.



QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el Estado de Nuevo León, particularmente del HGZ-33, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

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

138. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley con el objeto de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

139. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

140. 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.



141. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA