



RECOMENDACIÓN No. 48/2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 67 Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, TANTO EN ESA UNIDAD COMO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 35 AMBOS DEL IMSS EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 23 de septiembre de 2021.

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/1677/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 y en el Hospital General de Zona Número 35, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua.

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 distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son los siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejosa Víctima Indirecta
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad de Medicina Familiar Número 67 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.	UMF-67
Hospital General de Zona Número 35 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.	HGZ-35



NOMBRE	CLAVE
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico"	Norma Oficial del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 7 de febrero de 2020, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por QV, a través de la cual, hizo valer hechos probablemente violatorios a los derechos humanos en agravio de V, atribuibles a servidores públicos del IMSS.

6. El 6 de diciembre de 2019, QV llevó a V de 79 años al servicio de urgencias de la UMF-67, al presentar un malestar, siendo atendida por AR1, quien advirtió que presentaba glicemia¹ de 320 mg/dl, diagnosticándola sin complicaciones y sugirió la llevaran a su domicilio.

7. QV agregó que el 7 de diciembre de 2019, V seguía presentando molestias, por lo que acudió nuevamente a urgencias de la UMF-67, ocasión en que la atendió AR2, el cual advirtió descontrol glucémico de 400 mg/dl, regresándola a su casa.

8. Asimismo, el 10 de diciembre de 2019, siendo 16:38 horas, V es valorada y atendida en el servicio de Urgencias de la UMF-67 por AR1, quien la reportó sin complicaciones, con 411 mg/dl de glucosa e hiperglucemia.

9. El 11 de diciembre de 2019, al no presentar mejoría V, fue llevada por sus familiares a consulta médica general en la UMF-67, al observar un deterioro neurológico caracterizado por modificaciones en el estado de consciencia, hiporexia

¹ Examen de azúcar en sangre mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre.

y confusión, por lo que ante dicho cuadro clínico e insistencia de sus familiares, fue referida por AR3 al siguiente nivel de atención, sin un diagnóstico presuntivo. Quedando hospitalizada en el servicio de medicina interna del HGZ-35, a cargo de SP1, el cual le diagnosticó diabetes mellitus asociada con desnutrición, sin obtener mejoría en los próximos siete días, falleciendo el 18 de diciembre de 2019 en ese nosocomio.

10. Por los hechos narrados, se inició el expediente **CNDH/5/2020/1677/Q**, y a fin de que se realizara la investigación respectiva sobre violaciones a derechos humanos, se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Escrito de queja recibida en esta Comisión Nacional el 7 de febrero de 2020, mediante la cual QV, se inconformó por la atención médica a V, por parte de personal médico de la UMF-67 del IMSS.

12. Derivado del informe solicitado por este Organismo Nacional, el IMSS envió el diverso 095217614C21/710 de 6 de marzo de 2020, sobre la atención médica otorgada a V, del cual se destacan las siguientes documentales:

12.1. Nota médica de ingreso a las 18:39 horas a urgencias de la UMF-67 de 6 de diciembre de 2019, firmada por AR1, quien estableció que V de 79 años que llegó a la consulta por referir mareos y leve confusión, con glicemia de 320 mg/dl, se le aplicó Difenidol inyectable y fue enviado con médico familiar, diagnosticándole diabetes mellitus no insulino dependiente, sin complicaciones.

12.2. Nota médica de ingreso a urgencias de la UMF-67 del 7 de diciembre de 2019, a las 19:09 horas, elaborado y firmado por AR2, en la que indicó que V acudió por referir mareo, vómito y dolor costado derecho con evolución de 3 días, glucosa de 400 mg/dl.

12.3. Nota médica de consultorio 6 de la UMF-67 de 9 de diciembre de 2019, a las 12:00 horas, elaborado y firmado por AR3 en la que especifica, que V acudió a control mensual de diabetes mellitus tipo 2, asentando los resultados de los laboratorios de V de 27 de agosto de 2019, en los cuales la refería con 333 mg/dl en su nivel de glucosa; pero sin señalar el nivel que presentaba en ese momento.

12.4. Nota médica de urgencias suscrita por AR1 a las 16:38 horas del 10 de diciembre de 2019, señalando que V acudió por tercera ocasión a ese servicio por presentar hiperglucemia, determinando el nivel de glucosa en sangre en 411 mg/dl, por lo que le aplicó esquema de insulina rápida 8UI DU (dosis única), y la reportó sin complicaciones.

12.5. Nota médica de consultorio 6 de la UMF-67 de 11 de diciembre de 2019, a las 08:24 horas, elaborada por AR3, quien señaló que los familiares de V la refirieron con modificaciones de estado de conciencia, hiporexia, confusión, inconsciente, intranquila, por lo que decidió su traslado al HGZ-35 para complementación diagnóstica.

12.6. Opinión médica con Ref. 081015352152/2020/12 de 4 de marzo de 2020, suscrita por la Jefa de los Servicios de Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ-35.

12.7. Informe identificado con el número 196/CJ/2020, sin fecha, suscrito por la Jefatura de Medicina Interna del HGZ-35, en relación con la atención médica otorgada a V, del 11 al 18 de diciembre de 2019.

12.8. Nota médica de urgencias el 11 de diciembre de 2019, suscrita por SP1 a las 11:23 horas, quien indicó vigilar estado neurológico de V y se reporte déficit, control de líquidos.

12.9. Nota de ingreso (sin referir servicio), en el HGZ-35 de 12 de diciembre de 2019 suscrita por SP2, donde precisó que V presentaba disminución de la

fuerza muscular de hemicuerpo derecho con dificultad para el habla y deambulación, así como desviación izquierda de la comisura labial.

12.10. Nota de egreso y defunción signada por SP3 a las 09:15 horas de 18 de diciembre de 2019, en la que se asentó que a V, se le realizaron maniobras cardiorespiratorias durante 15 minutos, maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas sin respuesta a tratamiento; a las 8:45 horas se toma trazo electrocardiográfico, determinando defunción.

12.11. Certificado de defunción de las 08:45 horas de 18 de diciembre de ese año, emitido por AR4, quien señaló como causas de defunción de V, paro cardiorespiratorio, evento cerebro vascular, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada.

13. Dictamen médico de 24 de septiembre de 2020, emitido por un especialista médico de esta Comisión Nacional, quien determinó que la atención de V en la UMF-67 fue inadecuada.

14. Actas circunstanciadas de 25 de octubre y 18 de diciembre de 2020, así como del 13 de enero y 3 de marzo de 2021, en las que personal de esta Comisión Nacional estableció comunicación telefónica con QV, quien a pregunta expresa señaló que no ha presentado denuncia ante Agente del Ministerio Público por el deceso de su madre (V).

15. Mensaje de correo electrónico recibido el 23 de junio de 2021, por el cual una Analista de la Dirección Jurídica del IMSS, adjuntó copia de la determinación emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo, de la Delegación en Chihuahua, Chihuahua de ese Instituto, el 27 de enero de 2021, en la que se resolvió la queja por la atención brindada a V, como improcedente.

16. Acta circunstanciada de 16 de julio de 2021, en la que se certifica una conversación telefónica sostenida entre personal de este Organismo Nacional y QV, quien señaló que consultará con una persona de confianza las acciones que en su caso hará valer por el caso del fallecimiento de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 7 de febrero de 2020, QV interpuso queja ante este Organismo Nacional, por negligencia médica en contra de personal del IMSS en agravio de V.

18. El 27 de enero de 2021, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del H. Consejo Consultivo de la Delegación en Chihuahua, Chihuahua del IMSS, emitió la determinación en sentido improcedente de la queja médica.

19. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de procedimiento administrativo en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ni de carpeta de investigación, relacionados con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES.

20. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2020/1677/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 aplicables tanto de la SCJN así como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en agravio de V; 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.

21. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulta mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una

persona de 79 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, 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 de la UMF-67.

22. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad al “*estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.*”². A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

23. 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.*”³

24. 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 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

² 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. Y CNDH, Recomendación 23/2020, p. 22.

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

obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

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

26. El citado artículo 17 del "*Protocolo de San Salvador*", rubro "*Protección a los Ancianos*", se 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...*".

27. 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, establece que: "*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.*"

28. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del ordenamiento citado en el párrafo anterior, 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.

29. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.⁴ 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.⁵

30. 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.⁶

31. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte 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, porque 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

⁴ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁵ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

⁶ 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.

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.⁷

32. Así, la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónicodegenerativa, 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.”*⁸

33. 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. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”*⁹

34. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes¹⁰, 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.¹¹

35. 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

⁷ CNDH. Recomendaciones 82/2019 y 23/2020.

⁸ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

⁹ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹⁰ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...”; op. cit.

¹¹ 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.

mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹²

36. En el presente caso, el especialista de este Organismo Nacional advirtió que los días 6, 7, 9 y 10 de diciembre de 2019, V ingresó al área de urgencias del UMF-67, siendo atendida por AR1, AR2 y AR3, quienes en sus notas médicas señalaron como diagnóstico exceso de azúcar en la sangre, cuyos parámetros eran de 320 mg/dl, 333 mg/dl, 400 mg/dl y 411 mg/dl, sin que aportaran mayores datos de control, y sin que exista constancia alguna que acreditaran un manejo multidisciplinario para su atención en su calidad de adulto mayor con padecimiento crónico, a pesar de la obligación que tenían de garantizar el máximo respeto a sus derechos humanos, particularmente el de la protección de la salud, ya que tampoco instruyeron su canalización a un segundo nivel de atención para su correcta valoración médica, ni haberle realizado los estudios clínicos para verificar sus condiciones de salud, además de que debieron tener en cuenta que se trataba de una persona de 79 años de edad, que ubicaba a V, en una condición de especial vulnerabilidad y que, por tanto, la atención médica proporcionada tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

B. Derecho a la protección de la salud.

37. La 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

38. 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

¹² CNDH. Recomendaciones 52/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018, entre otras.

¹³ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 32, 5/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, p. 36; n 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.

*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.*¹⁴

39. 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

40. 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...”*.

41. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, que: *“ (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.*¹⁶

42. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que el 6 de diciembre de 2019, V acudió al servicio de urgencias de la UMF-67, por presentar malestar caracterizado por *“...mareos*

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.

¹⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

además de leve confusión...". Siendo auscultada por AR1, quien la reportó con signos vitales estables y normales, así como una descripción de la exploración física aparentemente normal, además de glicemia capilar de 320 mg/dl, el manejo anotado y reportado en la nota médica fue: "...se aplica Difenidol¹⁷ inyectable y se manda con su médico familiar...", mencionando el diagnóstico de: "...diabetes mellitus no insulino dependiente sin complicaciones..."

43. Al día siguiente, el 7 de diciembre de 2019, a las 19:09 horas AR2 valoró a V quien refirió *"...mareo y vomito, además de dolor en el costado derecho con evolución de 3 días..."*. A la exploración física la describió reactiva, con escala de coma de Glasgow¹⁸ de 15 puntos¹⁹ con mucosa oral seca e hiperglucemia de 400 mg/dl, cuyo resultado fue obtenido a través de glicemia capilar. Según consta en la misma nota médica, AR2 decidió manejo intrahospitalario a través de terapia de hidratación (solución fisiológica 500 cc en carga rápida, posteriormente 500 cc de la misma solución para su administración en 40 minutos); así como administración de insulina rápida intravenosa a dosis de 14 unidades.²⁰ Por último, se indicó nueva toma de glicemia capilar y valoración posterior; sin embargo, no existe nota médica de evolución, ni nota médica de egreso que describan la evolución y condiciones clínicas actualizadas al momento de su retiro de la unidad.

44. El 9 de diciembre de 2019, V fue atendida por AR3, con motivo de su cita en la UMF-67 para *"...control mensual de diabetes mellitus tipo 2..."*, como parte de los antecedentes personales patológicos referidos en la nota médica correspondiente, se pudo corroborar el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en control con hipoglucemiantes orales (glibenclamida y metformina), con mal apego al tratamiento, y negó datos de descontrol glucémico, no obstante, se encontró con glucosa de 333 mg/dl, como resultado de sus estudios de laboratorio de 27 de agosto de 2019.

¹⁷ Indicado en la prevención y tratamiento sintomático del vértigo periférico.

¹⁸ Glicemia Capilar: es la cantidad de azúcar en la sangre que puede ser verificada a través del análisis de una gota de sangre en el dedo. Es aquella que se mide mediante la práctica de un pequeño pinchaco en un dedo para extraer una gota de sangre que luego se coloca en una tira reactiva y se analiza mediante un glucómetro.

¹⁹ Escala de coma de Glasgow. El puntaje máximo (estado de alerta) es 15 puntos; el puntaje mínimo (estado de coma) es de 3 puntos.

²⁰ (UI) Unidades Internacionales.

45. El 10 de diciembre de 2019, se registra nuevamente una “*nota médica de urgencias*” suscrita por AR1, quien señaló que V presentaba mareos, inestabilidad postural, acotando que era la tercera ocasión que acudió al servicio por hiperglucemia de 411 mg/dl, diagnosticando diabetes mellitus no insulino-dependiente, sin complicaciones, administrándole por vía subcutánea de 8 unidades de insulina rápida como dosis única, sin referir algún otro manejo. Es importante también mencionar, que no se advirtió la indicación del ingreso al servicio para vigilancia, ni nota medica de evolución, desconociendo en qué momento y en qué condiciones clínicas se encontraba V al abandonar el servicio de urgencias.

46. El 11 de diciembre de 2019, V acudió a consulta médica general en la UMF-67, según consta en la nota medica de evolución suscrita por AR3 quien hizo mención de que sus familiares habían notado deterioro en su estado de salud con “...*modificaciones del estado de conciencia, hiporexia*²¹, *confusión, no reconoce a los familiares...*”, además le encontró glucosa de 411 mg/dl, por lo que la envió al siguiente nivel de atención (HGZ-35), para complementar diagnóstico, sin que exista evidencia en el expediente clínico de “*hoja de referencia-contrarreferencia*” como parte del trámite de envío.

47. Con relación a la atención médica brindada a V, por parte de AR1, AR2 y AR3, el especialista de esta Comisión Nacional, indicó en su dictamen, que existieron dos datos clínicos que fueron comunes. En primer lugar, la presencia de “*hiperglucemia*” que fue incrementándose con el paso del tiempo, así como datos evolutivos de compromiso neurológico.

48. Las “*crisis hiperglucémicas*” en el adulto son consideradas complicaciones agudas de la diabetes mellitus y comprenden dos entidades clínicas que aumentan de manera significativa la mortalidad de estos pacientes. Dichos trastornos derivados

²¹ Pérdida parcial del apetito.

de la hiperglucemia son la cetoacidosis diabética²² y el síndrome hiperglucémico²³ hiperosmolar (o estado hiperosmolar, hiperglucémico).

49. Con relación a lo anterior, la Guía de Práctica Clínica *Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2* en el primer nivel de Atención establece que estas formas de descompensación hiperglucémica son consideradas urgencias médicas, por lo que la atención hospitalaria es necesaria. Es importante señalar que dentro de los factores de riesgo para la presentación de dichas complicaciones y que el médico debe conocer, se encuentran: los procesos infecciosos, el mal manejo terapéutico que incluiría cese o administración insuficiente de insulina, el infarto agudo al miocardio y la enfermedad cerebrovascular.

50. Sobre lo cual, el especialista de esta Comisión Nacional, indicó que V contaba como antecedente de padecimiento de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución (sin especificar tiempo de diagnóstico) en tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes orales; así, desde su llegada al servicio de urgencias en la UMF-67, el 6 y 10 de diciembre de 2019, fue atendida por AR1, quien la encontró con glucosa de 320 y 411 mg/dl, respectivamente, mareos y confusión, dando tratamiento inyectable de definidol, aplicación de esquema de insulina rápida subcutánea de 8 unidades y refiriéndola con su médico familiar; sin embargo, para este especialista de este Organismo Nacional AR1, incurrió en negligencia por omisión al no haber cumplido con la obligación de medios que le exigía poner toda su diligencia y prudencia en la atención médica de V, situación que se acredita al no haber realizado su ingreso a un segundo nivel de atención, ante el cuadro clínico que presentaba, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano y establecer un tratamiento oportuno.

51. Asimismo, en el dictamen elaborado por esta CNDH, se indicó que también la atención médica otorgada a V por AR2, el 7 de diciembre de ese año, fue negligente,

²² La cetoacidosis diabética (CAD) es una afección que pone en riesgo la vida y que afecta a personas con diabetes. Ocurre cuando el cuerpo empieza a descomponer la grasa demasiado rápido. El hígado convierte la grasa en un impulsor llamado cetona que hace que la sangre se vuelva ácida.

²³ El síndrome hiperosmolar hiperglucémico (SHH) es una afección potencialmente mortal que involucra niveles extremadamente altos de azúcar en la sangre, o glucosa. Cualquier enfermedad que cause deshidratación o actividad reducida de la insulina puede llevar al SHH.

al haber omitido efectuar los estudios de laboratorio necesarios que tenían como finalidad efectuar un diagnóstico específico del padecimiento de V, debido a que reportó que desde su llegada a las 19:09 horas, al servicio de urgencias, V acudió por presentar mareo, vómito y dolor en el costado derecho de 3 días de evolución e hiperglucemia de 400 mg/dl, decidiendo manejo intrahospitalario, a través de terapia de hidratación, así como la administración de insulina rápida de 14 unidades ambas intravenosa, sin que exista nota médica de evolución, ni de egreso que describieran el desarrollo y condiciones clínicas actualizadas de ese momento.

52. Finalmente, el especialista de esta Comisión Nacional, determinó que en cuanto a la atención médica proporcionada por AR3 de la UMF-67, los días 9 y 11 de diciembre de 2019, en las que V acudió a control mensual de diabetes mellitus tipo 2 y consulta médica general, respectivamente, infiriéndose en la primera de las fechas citadas incurrió en negligencia por omisión, al no haber efectuado un interrogatorio adecuado y una exploración física exhaustiva, incluyendo la realización de estudios de laboratorio, los cuales eran necesarios para poder establecer un diagnóstico y tratamiento médico oportuno, y al no expresar en la “*nota de evolución*” la actualización del cuadro clínico que tomara en consideración las valoraciones realizadas en el servicio de urgencias de la misma unidad médica, además de que no se cuenta con constancias de que el 11 de diciembre de ese año AR3 hubiera contra referido a V tal y como lo menciona la Guía de Práctica Clínica *Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*.

53. Por lo expuesto, desde el punto de vista médico legal, el especialista de esta Comisión Nacional concluyó que la serie de negligencias médicas acreditadas al primer nivel de atención por parte de AR1, AR2 y AR3, los días 6, 7, 9, 10 y 11 de diciembre de 2019, a la omisión de detectar la presencia de hiperglucemia que fue incrementándose con el paso del tiempo, así como datos evolutivos, con compromiso neurológico de hiperosmolaridad²⁴, provocaron una dilación en la referencia al segundo nivel de atención necesaria para el adecuado tratamiento de V,

²⁴ Enfermedad grave que se produce cuando los niveles de glucosa sanguínea son extremadamente altos.

contribuyendo así con el deterioro en su estado de salud, lo cual, con los diversos factores de vulnerabilidad con los que contaba, generaron su posterior fallecimiento.

54. De las irregularidades descritas y analizadas se concluye que AR1, AR2 y AR3, transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, 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, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12.1 y 12.2 d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a su negligencia, al omitir llevar a cabo los medios auxiliares clínicos y hospitalarios, para ofrecer un diagnóstico certero de la hiperosmolaridad que cursaba V, y así brindar el tratamiento médico oportuno a su padecimiento a fin de evitar los hechos materia de la presente recomendación; con lo que se impidió garantizar con efectividad a V su derecho a la protección a la salud.

55. El día 11 de diciembre de 2019, V, fue valorada en el segundo nivel de atención, por SP1, donde reportó de acuerdo a la hoja del “*Triage y nota inicial del servicio de urgencias*” del HGZ-35, que presentaba datos de deterioro neurológico caracterizado por “*disartria²⁵, disminución de la fuerza muscular de lado derecho, dificultad para la deambulacion y desviación de la comisura labial*”, además, señaló hiperglucemia de 381 mg/dL, indicando su ingreso hospitalario, terapia hídrica intravenosa, manejo de insulina de acción rápida a través de esquema y solicitó la realización de pruebas de laboratorio que involucraba biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación; como auxiliares de gabinete ordenó tomografía computada de cráneo y electrocardiograma. Los diagnósticos presuntivos que SP1

²⁵ **DISARTRIA:** Debilidad los músculos que se usan para hablar, la cual suele hacer que el habla suene lenta y confusa

anotó fueron: “...*isquemia cerebral transitoria, evento vascular cerebral y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada...*”. El reporte del estudio tomográfico realizado el mismo día de su ingreso, indicaba la posibilidad de un “*evento vascular cerebral isquémico en epítalamo izquierdo en territorio de la arteria cerebral media*”.

56. Al conocerse el diagnóstico referido en el párrafo anterior, se solicitó el ingreso de V a hospitalización a cargo del servicio de medicina interna de V, el cual se realizó durante las primeras horas del 12 de diciembre de 2019, ahí fue valorada por SP2, quien además de reportar glucosa en sangre (glucemia) de 445 mg/dL, advirtió una descompensación metabólica por hiperglucemia, agregó un anticoagulante derivado de la heparina (enoxaparina) de administración subcutánea como tratamiento antitrombótico, así como la continuación del esquema de insulina de acción rápida por vía intravenosa.

57. Posteriormente, el 18 de ese mismo mes y año, V comenzó a exteriorizar deterioro de la función respiratoria y al contar con siete días de estancia intrahospitalaria, cayó en paro cardio-respiratorio sin que el servicio de enfermería lograra revertirlo mediante las maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, lo que se le informó a SP3. Las causas del fallecimiento registradas en el certificado de defunción por AR4 fueron: a) Paro cardio-respiratorio; b) Evento vascular cerebral, y c) Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada.

58. Por lo anterior, desde el punto de vista médico legal, el especialista de esta Comisión Nacional concluyó que AR1, AR2 y AR3, los días 6, 7, 9, 10 y 11 de diciembre de 2019, incurrieron en negligencia médica durante el primer nivel de atención al haber sido omisos en detectar la presencia de hiperglucemia que fue incrementándose con el paso del tiempo, así como datos evolutivos, con compromiso neurológico de hiperosmolaridad²⁶, provocando un retraso en la referencia al segundo nivel de atención necesaria para el adecuado tratamiento de V, contribuyendo así con el deterioro en su estado de salud, lo cual, con los diversos

²⁶ Enfermedad grave que se produce cuando los niveles de glucosa sanguínea son extremadamente altos.

factores de vulnerabilidad con los que contaba, generaron su posterior fallecimiento, lo cual se analizará en el siguiente apartado.

C. Derecho a la Vida.

59. 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.

60. 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 y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

61. 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 ejercicio²⁷, 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.

62. 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 [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta*

²⁷ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”.²⁸

63. 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*”.

64. 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 y AR3 adscritos a la UMF-67, del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

65. Como se precisó en el dictamen médico emitido por el especialista de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1, AR2 y AR3 brindaron a V fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión, al no haberlo referido de manera urgente al segundo nivel de atención para su valoración médica especializada y tratamiento médico oportuno; asimismo, por no haber realizado estudios de laboratorio necesarios con la finalidad de efectuar un diagnóstico específico del padecimiento; como también por no haber realizado un interrogatorio adecuado, así como una exploración física exhaustiva que pudiera detectar datos clínicos para el diagnóstico temprano y evitar un posible evento vascular cerebral, lo que provocó una dilación en el tratamiento farmacológico específico, que tuvo como consecuencia el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

66. Además, AR1, AR2 y AR3 incumplieron con lo dispuesto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: “*Los usuarios tendrán derecho*

²⁸ 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.

a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...]”, en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: “CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos [...]”.

67. En el presente caso, AR1, AR2 y AR3, 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 una falta de atención médica adecuada y oportuna a su padecimiento de hiperglicemia (exceso de glucosa en la sangre), que en el caso ameritaba su traslado a una unidad de segundo nivel en el que se debe incluir los siguientes estudios de laboratorio: determinación de glucosa plasmática, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos, osmolaridad, cetonas urinarias o séricas, examen general de orina, así como gasometría venosa y biometría hemática completa diferencial; lo anterior, a fin de que se hubiera diagnosticado oportunamente su hiperosmolaridad (enfermedad grave que se produce cuando los niveles de glucosa sanguínea son extremadamente altos) que cursaba V, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro del estado de salud del paciente y en su fallecimiento.

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

68. 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.

69. De acuerdo a lo anterior, la información contenida en 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 del prestador de servicio de salud.²⁹

70. 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.”*³⁰

71. En la Recomendación General 29, *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional, consideró que, *“[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.³¹

72. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente 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.”*

73. Al respecto, este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes

²⁹ CNDH. Recomendaciones 5/2021, párr. 64; 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

³⁰ 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.

³¹ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.³²

74. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales; y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³³

75. 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 NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de diversas Recomendaciones como la General 29.

76. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que, en las constancias, de 7 y 9 de diciembre de 2019, AR2 y AR3, personal adscrito a la UMF-67, omitieron realizar las notas médicas de evolución, de egreso, así como la actualización del cuadro clínico de V, respectivamente.

77. No pasa por alto para el especialista de esta Comisión Nacional, que en los días 14, 15 y 16 de diciembre de 2019, no existieron las notas médicas de evolución de V, por lo que el personal médico adscrito al servicio de medicina interna del HGZ-35

³² CNDH. Párrafo 33 y Recomendaciones 45/2020, p. 92; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; 33/2016, p. 104.

³³ CNDH, op. cit., 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68; y 33/2016, párr. 105. párr. 67

incurrió en inobservancia a la NOM-Del Expediente, ya que no obra registro alguno de constancias elaboradas en esa área.

78. Finalmente, desde el punto de vista médico legal, se advirtió que AR4 incumplió lo señalado en volumen 2 de la Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (CIE-10), las “Causas de defunción” son: “(...) *todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella (...)*”, haciendo énfasis que tal definición no incluye “(...) *síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado de un proceso de enfermedad (...)*”; asimismo no observó lo indicado en los artículos 388 y 389 de la Ley General de Salud, dado que en el formato oficial actual de certificado de defunción publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009, se plasma la leyenda “(...) *Evite señalar modos de morir- ejemplo paro cardíaco, astenia, etc (...)*”. Por tanto, AR4 al referir “paro cardio-respiratorio” como la causa directa del fallecimiento de V, contravino lo establecido en la normatividad.

79. La idónea integración del expediente clínico de V, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, 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.³⁴

E. Responsabilidad.

80. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por la falta de brindar una atención médica adecuada y oportuna a su padecimiento de hiperglicemia (exceso de azúcar en la sangre) y con compromiso neurológico, que en el caso ameritaba su

³⁴ CNDH, Recomendaciones 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74.

traslado a una unidad de segundo nivel en el que se debió incluir los estudios de laboratorios correspondientes, a fin de que se hubiera diagnosticado oportunamente la hiperosmolaridad que cursaba V, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

81. 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.

82. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico, respecto a la omisión de elaboración de las notas médicas de evolución, de la actualización del cuadro clínico de V y de su certificado de defunción en el UMF-67 y HGZ-35, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

83. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, 102, apartado B, 108 y 109 de la 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, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

F. Reparación Integral del Daño.

84. 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, 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.

85. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 4, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción IX, 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 en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, por tanto, el acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

86. 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*” de las Naciones Unidas, 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.

87. 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 en favor de QV, para que dicha autoridad realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal de la UMF-67, de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

88. 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, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido. La rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

89. 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, la atención médica, tanatológica y psicológica que requiera, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual

deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades.

90. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima indirecta, 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.

91. Las medidas de compensación establecidas en 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 moral o inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.³⁵

92. 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.

93. 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, por las acciones y omisiones que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá

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

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.

94. 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.

95. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas a la UMF-67 y HGZ-35, del IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja 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.

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

d) Medidas de no repetición.

97. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

98. Para tal efecto, las autoridades del IMSS deberán implementar, en el plazo de tres meses, 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 la NOM-Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo de la UMF-67 y HGZ-35, en particular de AR1, AR2, AR3 y AR4, que 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.

99. Asimismo, en el plazo de dos meses, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el estado de Chihuahua, particularmente de la UMF-67, en la que se contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, y con ello se garantice que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, supervisándose durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada

atención médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica tanatológica y psicológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades, así como proveerles de los medicamentos convenientes a la situación de QV. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, en el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y de enfermería de la UMF-67 y HGZ-35, 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 Chihuahua, particularmente del UMF-67, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión y con ello se garantice que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos a pacientes que padezcan diabetes mellitus 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 remitían 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.

101. 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 les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

102. 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.

103. 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.

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

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA