



RECOMENDACIÓN No. 71 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS, EN CULIACÁN, SINALOA.

Ciudad de México, a 29 de octubre 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 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 y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/11238/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Culiacán, Sinaloa.

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	Persona Servidora Pública
QM	Queja Médica
SU	Servicio de Urgencias
SCG	Servicio de Cirugía General

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	Comisión Nacional/ CNDH/ Organismo Nacional
Organización Mundial de la Salud	OMS



NOMBRE	ACRÓNIMO
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Sinaloa.	UMF-35
Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Culiacán, Sinaloa.	HGR-1
Fiscalía General de la República	FGR

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
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012, “ <i>Del expediente clínico</i> ”	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los Servicios de Salud	NOM-Regulación de los Servicios de Salud
Guía de Práctica Clínica de Manejo Integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención	Guía de Pie Diabético

I. HECHOS.

5. El 26 de noviembre de 2019 se recibió en este Organismo Nacional el escrito de queja de QV, quien señaló que V, quien padecía diabetes, hipertensión, problemas cardiacos y pie diabético, ingresó el 20 de noviembre de ese mes y año a consulta médica en la UMF 35, por presentar cuadro de dolor por úlcera del pie izquierdo diabético y temperatura, y desde su ingreso se indicó que fuera trasladado al Área de Angiología para que le hicieran un lavado quirúrgico, sin que hasta el momento de la presentación de su queja le hubiese sido realizado.

6. El 26 de noviembre de 2019, este Organismo Nacional solicitó al IMSS brindar atención médica a V acorde con el padecimiento que presentaba, recibándose respuesta en esa misma fecha, en la que se precisó que personal del HGR-1 no realizó el lavado quirúrgico que V requería, toda vez que no se encontraba en condiciones médicas adecuadas.



7. El 27 de noviembre de 2019, V continuó con inestabilidad hemodinámica¹ y progresión de la dificultad respiratoria, presentándose parada cardiaca corroborada por AR9, quien ante tal acontecimiento inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin obtener retorno de la circulación espontánea, dictaminando la muerte de V a consecuencia de choque séptico, choque cardiogénico, sepsis, cardiomiopatía isquémica, diabetes mellitus e hipertensión arterial, acaecida en el HGR-1.

8. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente de queja **CNDH/5/2019/11238/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de QV recibido en esta CNDH, el 26 de noviembre de 2019, en el que se inconformó de la atención médica que se proporcionó a V en el HGR-1.

10. Acta Circunstanciada de 26 de noviembre de 2019, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se hizo constar la comunicación telefónica y electrónica con personas servidoras públicas del IMSS, a quienes se requirió brindar atención médica a V, a fin de que se le practicara el lavado quirúrgico que requería.

11. Acta Circunstanciada de 26 de noviembre de 2019, en la que se certificó la respuesta electrónica enviada por el IMSS, precisando que personal del HGR-1 no realizó el lavado quirúrgico que V requería, toda vez que no se encontraba en condiciones médicas adecuadas.

12. Acta Circunstanciada de 29 de noviembre de 2019, en la que hizo constar la

¹ Comúnmente la inestabilidad hemodinámica se asocia con una presión sanguínea anormal o inestable. Especialmente cuando la presión es inferior a la normal.



recepción de un escrito de QV, quien efectuó una narración sobre la atención que recibió V en el HGR-1.

13. Oficio 095217614C21/64, recibido el 14 de enero de 2020 en este Organismo Nacional, suscrito por la Jefa del Área de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos de la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, al que se adjuntó copia del expediente clínico de V con motivo de la atención médica que se le brindó en el HGR-1, del que destaca lo siguiente:

13.1. Copia de triage² y nota inicial del Servicio de Urgencias, elaborada por AR1 a las 15:45 horas, de 20 de noviembre de 2019, en la que se describió a V en buenas condiciones generales y con “*extremidades íntegras*”.

13.2. Nota de ingreso de las 13:13 horas de 21 de noviembre de 2019, suscrita por SP2, quien asentó que V requería hospitalización para impregnación antibiótica y valoración por el servicio de Angiología.

13.3. Nota de evolución elaborada a las 15:01 horas de 21 de noviembre de 2019, por AR2, sin rúbrica, quien estableció como diagnósticos de V: “*Pie diabético Wagner III, DM2 descontrolada, IRC estadio IV sin TX sustitutivo*”, asentando que su extremidad derecha presentaba amputación supracondílea y la izquierda amputación de pie con herida en zona de muñón con drenaje de secreción purulenta y fétida.

13.4. Nota de evolución de las 09:17 horas de 22 de noviembre de 2019, sin rúbrica, en la cual AR3 plasmó las condiciones clínicas en que advirtió a V, indicando el tratamiento, curaciones y medidas generales a seguir para su atención.

² El triage es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.



13.5. Nota de evolución de las 22:32 horas de 22 de noviembre de 2019, sin rúbrica, elaborada por AR4, en la cual indicó que V se encontraba estable y con manejo establecido.

13.6. Nota de evolución de las 09:54 horas de 23 de noviembre de 2019, suscrita por AR5, sin rúbrica, en la que indicó que V cursaba con datos de infección de tejidos blandos en muñón izquierdo y aumento en la cantidad de leucocitos, prescribiendo antibiótico de amplio espectro.

13.7. Nota de evolución de las 12:11 horas de 24 de noviembre de 2019, elaborada por AR5, sin rúbrica, en la que refirió pase a piso de Angiología para valoración de V.

13.8. Nota de evolución de las 12:04 horas, de 25 de noviembre de 2019, sin rúbrica, en la que AR6 asentó que V presentaba dificultad respiratoria, cursando con sepsis de tejidos blandos.

13.9. Nota de evolución elaborada a las 18:48 horas de 25 de noviembre de 2019, sin rúbrica, en la que AR7 señaló que: “[V] es valorado por el Departamento de Cirugía General, ya que probablemente amerite lavado quirúrgico para eliminar el proceso infeccioso, comentado de manera verbal”.

13.10. Nota de solicitud de interconsulta para V de 25 de noviembre de 2019, sin nombre, ni rúbrica del médico que la elaboró y sin especificar el servicio a interconsultar, ni motivo de envío, además de que tampoco se precisó el diagnóstico, factores de riesgo, ni el estado actual del paciente.

13.11. Nota de evolución de las 02:05 horas de 26 de noviembre de 2019, elaborada por AR8, quien asentó que V había sido valorado por el SCG, cuyo personal adscrito a dicha Especialidad mencionó de manera verbal que requería tratamiento con lavado quirúrgico, sin que se hubiera dejado nota de ello,

agregando que V cursaba con falla orgánica.

13.12. Nota médica de evolución de las 9:15 horas de 26 de noviembre de 2019, con tachaduras, enmendaduras y sin rúbrica, en la que AR6 precisó los diagnósticos con los que cursaba V a ese momento: *“choque séptico de tejidos blandos (...). Diabetes mellitus 2 descontrolada, hipertensión arterial sistémica (...), anemia moderada (...), acidosis metabólica moderada.* En dicha nota, también se describieron las condiciones clínicas en las que V se encontraba.

13.13. Nota de Urgencias elaborada a las 11:30 horas de 26 de noviembre de 2019, sin rúbrica, en la cual AR6 asentó: *“Paciente (V) muy grave, presentando alteración respiratoria con disociación toracoabdominal, así como alteración neurológica con tendencia a la somnolencia, motivo por el que se decide protección de la vía aérea avanzada”.*

13.14. Nota de interconsulta del SCG, realizada a las 16:22 horas de 26 de noviembre de 2019, en la cual SP3 describió a V sin signos vitales, dando aviso al SU, quien inició las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, agregando que, si V es reanimado de forma exitosa y es hemodinámicamente estable, se solicite nuevamente interconsulta al SCG.

13.15. Nota de gravedad *“post parada cardíaca”*³ de las 16:41 horas de 26 de noviembre de 2019, suscrita por AR7, sin rúbrica, quien asentó las condiciones clínicas de V, observándolo hemodinámicamente inestable, con cifras tensionales de difícil control, disociación toracoabdominal, saturación de oxígeno a 88% a pesar de manejo con oxígeno complementario, presentando parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de reanimación avanzada obteniendo retorno de circulación.

³ El síndrome post paro cardíaco es la entidad clínica que se produce como consecuencia de la aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar que consiguen reanudar la circulación espontánea después de un paro cardíaco.

13.16. Nota de evolución de las 18:59 horas de 26 de noviembre de 2019, suscrita por AR7, quien precisó que “[V] *curso con evolución clínica tórpida, (...) encontrándose en un estado de choque fase 3, (...) presenta choque cardiogénico, (...) con riesgo de presentar complicaciones post paro el cual puede presentar lesión cerebral anóxica⁴, disfunción miocárdica⁵ post paro cardiaco, respuesta sistémica isquémica⁶ (...)*”.

13.17. Nota del Servicio de Angiología, elaborada el 26 de noviembre de 2019 a las 19:40 horas, sin nombre del médico que la emitió y contenido poco legible, de la cual se apreció lo siguiente: “(...) [V] *con múltiples comorbilidades, derrame pleural, pb neumonía, descontrol metabólico, nefropatía, todos ellos aun sin manejo establecido. Amerita manejo por Medicina Interna para estabilización y por nuestra parte estaremos al pendiente para realizar amputación supracondílea. Una vez mejoradas sus condiciones requiere manejo multidisciplinario*”.

13.18. Nota de evolución de las 23:06 horas de 26 de noviembre de 2019, realizada por AR9, en la que precisó que V se encontraba en mal estado general, hemodinámicamente inestable, con cuadro de falla cardiaca, hipertensión y disnea progresiva. También indicó que ya había sido valorado por los servicios de Cardiología y Angiología.

13.19. Nota médica de egreso de la 01:25 horas de 27 de noviembre de 2019, signada por AR9, quien señaló que V presentó paro cardiaco sin respuesta a maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, por lo que a las 12:13 horas de día 27 de noviembre de 2019 se declaró su fallecimiento.

13.20. Nota de defunción de las 01:25 horas de 27 de noviembre de 2019,

⁴ Lesión cerebral causada por la falta de oxígeno en el cerebro.

⁵ Es un cuadro clínico caracterizado por disminución de la contractilidad con baja fracción de eyección, mala respuesta ventricular al aporte de volumen y en algunos casos asociado a dilatación ventricular, que reflejan el compromiso miocárdico producto de un evento infeccioso de importancia.

⁶ Es una situación clínica de respuesta inflamatoria general a una agresión, ya sea esta por una infección (sepsis), un traumatismo o una cirugía.

suscrita por AR9, quien asentó como causas del fallecimiento de V: “*Choque séptico (48 horas), Choque cardiogénico (48 horas), Sepsis no especificada (10 días), Cardiomiopatía isquémica (se ignora tiempo), Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones circulatorias periféricas (15 años), Hipertensión esencial (15 años)*”.

14. Dictamen Médico de 11 de marzo de 2020, signado por una especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, quien concluyó que la atención proporcionada a V en el HGR-1, fue inadecuada y negligente, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento.

15. Acta circunstanciada de 17 de abril de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional certificó una comunicación telefónica con QV quien manifestó, entre otras cosas, que en su oportunidad valoraría la posibilidad de presentar denuncia ante la FGR por los hechos que dieron origen al presente caso.

16. Acta circunstanciada de 9 de septiembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar comunicación electrónica de esa misma fecha, a través del cual el Área de Atención a Quejas de la CNDH del IMSS, remitió evidencias relacionadas con el servicio médico brindado a V por las especialidades de Angiología y/o Cirugía General del HGR-1, así como lo relativo a su estancia hospitalaria en el SU de dicho nosocomio, destacándose la siguiente:

16.1. Oficio 26012151/0226/2020 de 17 de agosto de 2020, suscrito por SP6, quien manifestó que “(...) *La principal causa del diferimiento en la hospitalización [los pacientes] en piso ya sea de medicina interna como de cirugía general, es debido a la falta de camas (...)*”.

17. Acta circunstanciada de 21 de septiembre de 2020, en la que se hizo constar una gestión telefónica con personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, quien refirió que en febrero de 2020 se inició la QM en



el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS.

18. Acta circunstanciada de 27 de enero de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación electrónica del 26 y 27 de ese mes y año, a través del cual el Área de Atención a Quejas de la CNDH del IMSS, remitió diversa documentación relacionada con la atención médica otorgada a V en el HGR-1, entre la que se destaca la siguiente:

18.1. Oficio 26012151/0301/2020 de 29 de octubre de 2020, elaborado por AR7, en el cual plasmó que “(...) el día 25 de noviembre de 2019 a las 18:48 horas (...) el paciente (V) fue valorado por Cirugía General (...), el médico que realiza dicha valoración es SP4 (...)”.

18.2. Oficio 26012151/0302/2020 sin fecha, suscrito por AR9, quien precisó que “(...) se solicitó valoración por el servicio de cirugía general, sin embargo, estas [valoraciones] se llevaron a cabo sin plasmar nota médica (...) y haciendo solamente comentarios verbales (...)”.

18.3. Oficio 26012151/0303/2020 de 2 de noviembre de 2020, suscrito por AR8, en el cual asentó que “(...) paciente (V) ya valorado por cirugía general, quien menciona requiere de tratamiento con lavado quirúrgico, sin embargo, fue mencionado de manera verbal y no se dejó nota de ello (...)”.

18.4. Oficio 26012151/0305/2020 de 2 de noviembre de 2020, elaborado por SP6, Director del HGR-1, en el que refirió que en la hoja de indicaciones médicas del 25 y 26 de noviembre de 2019, se solicitó interconsulta al SCG para la atención de V, y agregó que dentro del rol de actividades de los médicos cirujanos, uno de ellos es asignado al SU en el turno matutino, vespertino y jornada acumulada, por lo que se considera innecesario llevar el control de interconsulta.

19. Acta circunstanciada de 4 de junio de 2021, en la que se hizo constar las



comunicaciones electrónicas de 1 y 4 de junio de 2021, a través de las cuales el Área de Atención a Quejas de la CNDH del IMSS, remitió documentos relativos a la atención médica otorgada a V en las especialidades de Angiología y Cirugía General del HGR-1, entre los que se advierten los siguientes:

19.1. Oficio 26012151/086/2021 de 21 de mayo de 2021, elaborado por SP5, Jefe de Cirugía, en el cual comunicó que V fue valorado en dos ocasiones por el servicio a su cargo, una de ellas por Cirugía General y otra por Angiología.

19.2. Oficio 26012151/0102/2021 de 2 de junio de 2021, suscrito por SP3, Médico adscrito a la especialidad de Cirugía General, quien refirió que al momento de la valoración de V lo observó sin signos vitales, por lo cual dio aviso a personal del SU y agregó que para el caso de que se obtuviera su reanimación, se solicitara nuevamente interconsulta al SCG.

20. Acta circunstanciada de 18 de junio de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional certificó la recepción de comunicación electrónica de esa misma fecha, mediante la cual el Área de Atención a Quejas de la CNDH del IMSS, remitió el siguiente documento:

20.1. Oficio 26012151/0110/2021 del 11 de junio del 2021, elaborado por SP4, Médico adscrito al SCG del HGR-1, quien precisó que el 25 de noviembre de 2019 no recibió solicitud de interconsulta para valoración de V, agregando que ninguna persona servidora pública del SU le requirió o comentó el caso de V, por lo que no es posible que haya emitido una opinión en cuanto a su manejo.

21. Ampliación de dictamen médico del 13 de agosto de 2021, emitido por una especialista en medicina legal de este Organismo Nacional, en el cual se valoró la información adicional emitida por el IMSS respecto a la atención médica que se le otorgó a V en el HGR-1, y concluyó que existió negligencia médica por omisión de los médicos que estuvieron a su cargo del 20 al 27 de noviembre de 2019 en el SU de



dicho nosocomio.

22. Acta circunstanciada de 21 de septiembre de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción del correo electrónico remitido por personal del Área de División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual envió copia del acuerdo recaído en la QM, de 19 de marzo de 2021, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, mediante el cual determinó procedente la queja desde el punto de vista médico, en relación con el caso de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 26 de noviembre del 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por QV, por la atención médica que se le brindó a V en el HGR-1 y que derivó en su fallecimiento, lo que dio inicio al expediente de esta Recomendación.

24. En el mes de febrero de 2020, el IMSS inició la QM ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, instancia que el 19 de marzo de 2021 determinó la QM como procedente desde el punto de vista médico.

25. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, con motivo de los hechos de esta Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

26. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/11238/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 violación al derecho humano a la protección de la salud, y a la vida en agravio de V, persona en situación de vulnerabilidad, así como a la información en materia de salud; 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.

27. 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 65 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 del HGR-1.

28. 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.”⁷ 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.

29. 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.”⁸

⁷ 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.

⁸ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).



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

31. 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...*".

32. 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.*"

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

34. 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*”.⁹ 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.¹⁰

35. 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.¹¹

36. 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

⁹ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹⁰ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹¹ 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.



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.¹²

37. 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.”*¹³

38. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes¹⁴, 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.¹⁵

39. 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.¹⁶

40. En el presente caso, el especialista de este Organismo Nacional advirtió que V, en su calidad de hombre, persona mayor, con 65 años de edad, quien presentaba

¹² CNDH. Recomendaciones 82/2019 y 23/2020.

¹³ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

¹⁴ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...”, op. cit.

¹⁵ 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.

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

antecedentes hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, ambas de 15 años de evolución, e historial de dos amputaciones, una de tipo supracondílea de pierna derecha y otra a nivel del retropié (talón) izquierdo en fecha no especificada, requería de atención integral por la obligación que tienen las autoridades mexicanas de garantizar a estas personas el máximo respeto a sus derechos humanos, incluido la protección a la salud, no obstante, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 omitieron solicitar de manera oportuna valoraciones médicas por los Servicios de Cirugía General, Angiología o de Cuidados Intensivos del HGR-1, circunstancia que contribuyó al deterioro de su estado de salud, y posterior fallecimiento, como de describirá en los siguientes apartados.

B. Derecho a la Protección de la Salud.

41. 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.¹⁷

42. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

43. 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...*”.

44. En el párrafo primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: “...*la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio*

¹⁷ CNDH. Recomendaciones: 52/2020, párr. 42; 45/2020, párr. 21; 44/2020, párr. 21; 43/2020, párr. 18; 35/2020 párr. 33; 34/2020, párr. 79; 23/2020, párr. 36; 16/2020, párr. 31, 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; entre otras.



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 Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

45. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección¹⁸ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

46. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirma que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

47. Relacionado con el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que V, acudió el 20 de noviembre de 2019 a consulta médica en la UMF 35, por presentar en el muñón del retropié izquierdo eritema¹⁹, edema²⁰, salida de secreción purulenta y fétida, así como fiebre de cuatro días de evolución, siendo atendido por SP1 quien, al advertir las condiciones clínicas de V, lo refirió para su atención al HGR-1.

¹⁸ *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.*

¹⁹ Enrojecimiento de la piel, en un área limitada o por completo.

²⁰ Es la hinchazón causada por la acumulación anormal de líquidos en el cuerpo. El líquido se acumula bajo la piel, dentro de los tejidos que están fuera del sistema circulatorio.



48. Al respecto, en la opinión médica de este Organismo Nacional se estableció que el “*Pie Diabético*” es una de las principales complicaciones en pacientes que cursan con diabetes mellitus de cinco años en promedio, siendo las más comunes las infecciones y úlceras del pie, debido a que la hiperglucemia conlleva a patología microvascular, involucrando vasos sanguíneos, así como el mal funcionamiento nervioso.

49. Del mismo modo, se precisó que el “*Pie Diabético*” tiene un gran impacto negativo en la morbilidad y mortalidad, ya que las infecciones y úlceras del pie en los pacientes con diabetes son comunes y complejas, estableciéndose que el tratamiento de esta complicación debe ser multidisciplinario, oportuno y eficaz, con el fin de reducir potencialmente la morbilidad relacionada con las infecciones; por lo que es de gran importancia unificar criterios con el fin de identificar y tratar entre los problemas y complicaciones de tal padecimiento por el área especializada que incluya cirugía, cirugía vascular, traumatología, rehabilitación, endocrinología y medicina interna ²¹.

50. Debido a la referencia de SP1, V ingresó el 20 de noviembre de 2019 al SU del HGR-1, siendo atendido por AR1 quien mencionó en sus notas médicas encontrarlo en buenas condiciones generales, neurológicamente íntegro, con mucosas orales semihidratadas, área cardiopulmonar y abdomen sin compromiso alguno y con “*extremidades íntegras*” refiriéndose a brazos y piernas.

51. Sobre lo cual, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se estableció que AR1 omitió referir en sus notas la ausencia de la pierna derecha y parte del pie izquierdo de V, así como el estatus clínico del muñón a nivel del talón izquierdo, el cual había sido el motivo específico de consulta y mencionado tanto por V, como por SP1 adscrito a la UMF 35, indicando AR1 únicamente “*Probable Celulitis*” sin referir algún sitio anatómico específico en su diagnóstico.

52. Aunado a lo anterior, en dicha opinión se precisó que AR1 contravino lo dispuesto

²¹ Manejo Integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud. Visible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

en la Guía de Pie Diabético, en donde se establece que: “(...) *Todas las consultas del paciente con diabetes se debe hacer una revisión sistemática para especificar si se trata de un pie diabético en riesgo, neuropático, isquémico, neuro isquémico o infectado (...)*”, y que dicha exploración debe incluir “(...) *Aspecto de la piel. Edema, Trastornos en la articulación de los dedos, trastornos estructurales, temperatura y exploración neurológica (...)*”, así como establecer una clasificación denominada “*Wagner*”²², a fin de ubicar clínicamente el grado de lesión. Lo descrito, habida cuenta que AR1 omitió realizar una exploración física completa que incluyera revisión clínica de las extremidades y estadificación del grado de Pie Diabético en la herida en muñón a nivel del talón del pie izquierdo de V.

53. Del mismo modo, en la citada opinión médica, se indicó que AR1 dejó de observar lo dispuesto en la Guía de Pie Diabético, en donde se establece que: “*El médico clínico debe asesorarse por un cirujano para la evaluación de pacientes con infección de pie diabético moderada o severa (...)*”, toda vez que V presentó datos clínicos de una cicatrización deficiente y complicada, por lo que requería de una valoración inmediata y especializada por un médico del servicio de Cirugía General, a fin de limitar la propagación de la infección a la sepsis; sin embargo, AR1 no requirió interconsulta al SCG.

54. El 21 de noviembre de 2019, SP2 exploró clínicamente a V, observando que en el muñón de pie izquierdo presentó una flictena o ampolla con abundante salida de material purulento y fétido; además, al revisar los resultados de laboratorio advirtió un aumento de la glucosa de 213 mg/dL (normal hasta 80 mg/dL), y aumento importante del número de leucocitos de 21.1 (siendo lo normal hasta 10), datos que consideró compatibles con lesión renal por presentar elevación del nitrógeno ureico en sangre “*BUN*” 69, (normal hasta 23), de la urea a 147 (normal hasta 50) y de la creatinina 2.3 (normal hasta 1.3), motivos por los cuales integró el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica estadio IV sin tratamiento, y cuadro de necrobiosis diabética (Pie Diabético Wagner III), por lo que ordenó tomar nuevos laboratorios consistentes en biometría

²² La clasificación de Wagner es la más utilizada para clasificar las heridas en pie diabético.

hemática completa, tiempos de coagulación y dimero D²³; asimismo, refirió que V requería ser hospitalizado para impregnación antibiótica y valoración por el Servicio de Angiología.

55. Sin embargo, horas más tarde AR2 en la nota que elaboró sobre la evolución de V, estableció que se encontraba con astenia²⁴ y adinamia²⁵, afebril, sin datos de dificultad respiratoria, con presencia de 1 punto por clasificación de SOFA²⁶, por lo que descartó sepsis de tejidos blandos, contraviniendo lo previamente establecido por SP2; además, AR2 señaló que se continuaría con impregnación antibiótica en espera del pase de V al Servicio de Medicina Interna para continuar protocolo, omitiendo solicitar interconsulta con dicho Servicio, por lo que el agraviado continuó en el SU.

56. El 22 de noviembre de 2019, V fue valorado por AR3 y AR4, quienes en sus respectivas notas de evolución médica indicaron que se extendería el tratamiento preestablecido consistente en impregnación antibiótica, control antibiótico, curaciones y medidas generales, mencionando que V se encontraba en espera de ser trasladado a piso; sin embargo, también omitieron solicitar interconsulta a los Servicios de Cirugía General, Angiología o Cuidados Intensivos, y evitar con ello la propagación del proceso infeccioso con el que cursó V, contraviniendo con ello lo señalado en la citada Guía del Pie Diabético.

57. El 23 y 24 de noviembre de 2019, AR5 brindó atención médica a V quien, a esas fechas, continuaba estable y afebril, con dolor leve en la pierna izquierda y con niveles de leucocitos elevados, con el manejo médico establecido; además, AR5 mencionó en sus notas médicas de evolución, la necesidad de trasladar a V al Servicio de Angiología, sin embargo, tampoco solicitó interconsulta con personal médico de esa especialidad.

²³ Es un producto de degradación de fibrina, un pequeño fragmento de proteína presente en la sangre después de que un coágulo de sangre se degrada por fibrinólisis.

²⁴ Es la disminución de la iniciativa física (movimiento) por extrema debilidad muscular.

²⁵ Es una sensación de falta de fuerzas, cansancio, debilidad, agotamiento, físico y psíquico.

²⁶ SOFA es el acrónimo en inglés de Sequential Organ Failure Assessment score (score SOFA). Es utilizado para identificar la disfunción o el fracaso de órganos fundamentales, donde la suma del puntaje se obtiene de la evaluación de seis órganos: cerebro, riñones, hígado, coagulación, pulmones y corazón.

58. El 25 de noviembre de 2019, V aún hospitalizado en el SU del HGR-1, fue atendido por AR6, quien observó que comenzó con dificultad respiratoria de tipo *“respiración acidótica o de Kussmaul”*²⁷ que ameritó administración de oxígeno mediante puntas nasales y toma de gasometría arterial en sospecha de alteración metabólica, la cual fue descartada; aunado a ello, AR6 aplicando los criterios SOFA consideró que V presentó 4 puntos, diagnosticando sepsis de tejidos blandos, no obstante únicamente indicó, para su tratamiento y control, mantenerlo en vigilancia del estado hemodinámico, continuar con antibióticos y control de líquidos, solicitando un nuevo examen general de orina, sin requerir interconsulta al servicio de Cirugía General.

59. En esa misma fecha, V fue valorado por AR7 quien advirtió que cursaba con una anemia moderada e hiperglucemias secundarias al proceso séptico, precisando continuar con manejo protocolizado para paciente séptico; además, en la nota médica elaborada por AR7 el 25 de noviembre de 2019, mencionó que *“...[V] es valorado por el departamento de cirugía general ya que probablemente amerite lavado quirúrgico para eliminar el proceso infeccioso, comentando **de manera verbal** que se ingrese a piso para continuar su manejo médico...”*. Al respecto, la especialista de este Organismo Nacional estableció que, en el expediente clínico de V, no existe alguna solicitud de interconsulta realizada por el SU al SCG, ni petición de la misma en las indicaciones médicas, lo que se contrapone con el dicho de AR7 en la nota médica de referencia.

60. Con la finalidad de aclarar dicha situación, este Organismo Nacional solicitó al médico con el que presuntamente AR7 había “comentado de manera verbal” la valoración efectuada a V, informara lo relativo a tal atención, sobre lo cual SP4, adscrito al Servicio de Cirugía General del HGR-1, señaló que: *“(...) en ningún momento recibí solicitud de interconsulta al servicio de cirugía general del servicio de urgencias para V; asignada por autoridad a mi persona el día 25 de Noviembre del*

²⁷ Respiración con frecuencia y profundidad aumentada (hiperventilación), mantenida en el tiempo. Es la respiración típica de las acidosis metabólicas.



2019 (...); asimismo, manifestó: “(...) Ningún personaje del servicio de urgencias me solicitó o comentó el caso de V de manera verbal, por lo que no es posible que haya emitido una opinión en cuanto al manejo del paciente en dicho servicio (...)”.

61. El 26 de noviembre de 2019, V continuó con dificultad respiratoria que se manifestó con disociación tóraco-abdominal y alteraciones neurológicas, así como somnolencia, motivos por los cuales AR6 realizó una intubación endotraqueal para iniciar ventilación mecánica.

62. En esa misma fecha, V fue valorado por SP3, adscrito al SCG, a quien encontró sin signos vitales, con pupilas midriáticas²⁸, frío y sin ruidos cardiacos, solicitando apoyo de inmediato, acudiendo AR7 el cual inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada en cuatro ciclos y administración de adrenalina a V, obteniendo retorno de la circulación y cifras de tensión arterial de 86/43 mmHg.

63. También el 26 de noviembre, V fue valorado por AR8, el cual refirió en su nota médica que V había sido atendido por personas servidoras públicas adscritas al SCG, que precisaron de manera verbal que requería de lavado quirúrgico, sin dejar nota de ello; además, AR8 indicó que V se observó con falla orgánica.

64. Cabe señalar, que en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se precisó que el mismo 26 de noviembre de 2019, un médico de quien se desconoce su nombre por ser ilegible la nota respectiva, adscrito al Servicio de Angiología del HGR-1, acudió a valorar a V, determinando que se encontraba con descontrol metabólico, derrame pleural, probable neumonía y lesión renal, patologías que en ese momento no tenían un tratamiento establecido, ameritando manejo por el Servicio de Medicina Interna para estabilización y tratamiento multidisciplinario, dejando en segundo plano la atención de la lesión en el muñón del pie izquierdo, hasta que las condiciones de salud de V se restablecieran.

65. El 27 de noviembre de 2019, V continuó con inestabilidad hemodinámica y

²⁸ La midriasis es la dilatación de la pupila, que ocurre generalmente cuando la visión se expone a una situación de baja iluminación.



progresión de la dificultad respiratoria, presentándose nueva parada cardiaca, corroborada por AR9, quien ante tal acontecimiento inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante seis ciclos, sin obtener retorno de la circulación espontánea, dictaminando la muerte de V a las 12:30 horas de ese día, a consecuencia de choque séptico, choque cardiogénico, sepsis, cardiomiopatía isquémica, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

66. Al respecto, la especialista de esta Comisión Nacional puntualizó que en la atención médica otorgada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, en el SU del HGR-1, existió negligencia médica por omisión ya que a sabiendas de que se trataba de un paciente diabético de larga evolución, quien clínicamente presentaba Pie Diabético izquierdo, no fue explorado adecuadamente a su ingreso a dicho Servicio el día 20 de noviembre de 2019.

67. Asimismo, determinó que existió negligencia médica por omisión atribuible a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, toda vez que desde el 25 de noviembre de 2019, se diagnosticó que V cursaba con sepsis, sin que hubiesen solicitado una interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos, a pesar de que su estado de salud se deterioraba progresivamente, contraviniendo lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el adulto, donde se establecen los criterios de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos por disfunción aguda de órganos, entre ellos: “ (...) *Necesidad de fármacos vasoactivos, hipoxemia grave o necesidad de ventilación mecánica, recuento plaquetario bajo, creatinina sérica mayor a 2 mg/dl (...)*”.

68. Lo descrito es así, ya que conforme a los resultados de laboratorio de fecha 25 de noviembre de 2019, V tenía plaquetas de 155, siendo el rango normal entre 150 y 450, aunado a ello, V contó con rangos de creatinina sérica de 2.2 mg/dL, siendo el rango normal de 0.5 a 1.3 mg/dL, por lo que los criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se cumplieron, acorde con lo dispuesto en la Guía Practica en comento.

69. Las omisiones detalladas condicionaron el desarrollo de la sepsis que V cursó, deteriorando su estado de salud, llegando al punto de requerir intubación endotraqueal y apoyo mecánico ventilatorio, sin que fuera considerada ni solicitada una valoración por personal de la Unidad de Cuidados Intensivos como lo establece la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el adulto, al presentar criterios de ingreso a dicho Servicio, panorama que contribuyó al deterioro del estado de salud de V y a su posterior fallecimiento.

70. Independiente a lo anterior AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos al HGR-1, incurrieron en negligencia médica por omisión ya que la solicitud de interconsulta para el SCG y/o Angiología, no fue realizada de forma oportuna, sino hasta cuatro días posteriores a su ingreso al SU del HGR-1, siendo que la única solicitud de interconsulta al SCG existente en el expediente clínico es la de 25 de noviembre de 2019, suscrita por AR6, lo que contribuyó, junto con otros factores de riesgo a la evolución de una Sepsis, y al posterior fallecimiento de V.

71. Por ello, desde un contexto médico legal, se consideró que existió dilación en la petición de ésta solicitud de valoración médica, contraviniendo la bibliografía especializada como la Guía Pie Diabético 2, en la que se indica que en pacientes con diabetes que presenten herida en el pie, se debe solicitar una valoración por un grupo multidisciplinario con entrenamiento en el tratamiento de heridas en pacientes con diabetes, e independientemente del estado en el que se encuentre deberá ser valorado por Medicina Física y rehabilitación, Ortopedia y Cirugía General o Vascular.

72. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 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, y 51 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, 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 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 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); 5, fracción III, inciso a), 6, fracción I, y 18, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a la negligencia en que incurrieron por omitir explorar adecuadamente a V cuando ingresó al HGR-1, y omitir la solicitud de interconsulta a los Servicios de Medicina General, Angiología, o Cuidados Intensivos, que contribuyeron al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

C. Derecho a la vida

73. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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.

74. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.²⁹

75. La CrIDH ha considerado que *“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de*

²⁹ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 60; 35/2020, párr. 90; 73/2018, párr. 69; 1/2018 párr. 59; 66/2016, párr. 34; 47/2016, párr. 61y 35/2016. párr. 180.



las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile).³⁰

76. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.³¹

77. La SCJN ha determinado que: “*El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no solo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)*”.³²

78. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por el personal médico del HGR-1, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al

³⁰ “*Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

³¹ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 62; 35/2020 párr. 92; 73/2018, párr. 71; 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr.76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36; y 47/2016, párr.63.

³² 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



derecho a la vida de V.

79. Esta Comisión Nacional observó una inadecuada atención médica por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, toda vez que V desde su ingreso al SU del HGR-1 el día 20 de noviembre de 2019, a sabiendas de que se trataba de un paciente diabético de larga evolución quien clínicamente presentaba Pie Diabético izquierdo no fue explorado adecuadamente, además de que tampoco fue solicitada en forma oportuna una valoración para el SCG o a la especialidad de Angiología, a fin de evitar una propagación del proceso infeccioso con el que cursaba en el muñón del pie izquierdo, lo que condicionó el desarrollo de una sepsis que deterioró su estado de salud, sin que tampoco hubiese sido considerada ni solicitada una valoración por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos, circunstancias que contribuyeron al deterioro del estado de salud y a su fallecimiento.

80. Por ello, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 incurrieron en violación al derecho a la vida de V, toda vez que omitieron solicitar en forma oportuna valoraciones médicas por los servicios de Cirugía General y/o Angiología, así como de la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su fallecimiento, con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

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

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

82. 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.³³

83. 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.”*³⁴

84. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-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.”*

85. 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.”*³⁵

³³ CNDH. Recomendación 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116

³⁴ 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.

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



86. 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 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. 35/54 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.³⁶

87. 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 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 las Recomendaciones 39/2021, 28/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, entre otras.

88. En el caso particular, la especialista médica de este Organismo Nacional advirtió la inadecuada integración de los expedientes clínicos de V en el HGR-1, al verificarse que las notas médicas de: **1)** 26 de noviembre de 2019, suscrita por un médico adscrito al Servicio de Angiología del HGR-1, es ilegible; **2)** 26 de noviembre de 2019, suscrita por AR6, presenta tachaduras y enmendaduras; **3)** 21 de noviembre de 2019 de AR2, 22 de noviembre de 2019 de AR3, 22 de noviembre de 2019 de AR4, 23 y 24 de noviembre de 2019 de AR5, 25 de noviembre de 2019 de AR6 y AR7, 26 de noviembre de 2019 de AR6,

³⁶ CNDH. Recomendaciones 45/2020, párr. 93; 44/2020, párr. 64; 43/2020, párr. 72; 42/2020, párr.62.



26 de noviembre de 2019 de AR8, así como la del 26 de noviembre de 2019 de AR7, sin rúbrica, **4)** 25 de noviembre de 2019, sin nombre ni rúbrica del médico que la emitió, por lo cual no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana.

89. A consecuencia de lo anterior, se concluyó que existió inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico, debido a que las constancias que integran el expediente clínico de V presentaban tachaduras y enmendaduras, ilegible y sin la rúbrica del médico que las realizó.

90. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de las personas servidoras públicas 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.³⁷

E. RESPONSABILIDAD.

E.1 Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas.

91. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las negligencias ya descritas, consistentes en omitir explorar adecuadamente a V cuando ingresó al HGR-1, y omitir interconsulta a los Servicios de Medicina General, Angiología, o Cuidados Intensivos, que contribuyeron al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

92. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2,

³⁷ CNDH, Recomendaciones 12/2016, párr. 74; 39/2021, párr. 111; 28/2021, párr. 112; 5/2021, párr. 71; 1/2021, párr. 89.



AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto por el artículo 7º, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y por los similares 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas 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 de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

93. 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 de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

94. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto de la inadecuada elaboración de las notas médicas en el HGR-1, 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.

95. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:



95.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

95.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los referidos galenos para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal y, en su oportunidad, se les sancione, para que dichas violaciones no queden impunes.

96. Las autoridades encargadas de realizar dichas investigaciones deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine la responsabilidad de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V.

E.2 Responsabilidad institucional

97. Además de las responsabilidades en que incurrieron de manera individual AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, mismas que se analizaron con anterioridad, esta Comisión Nacional observó que en el HGR-1 predominó una problemática que desarrolló y propició la violación a derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V, dando lugar a una responsabilidad institucional.

98. De conformidad con la Opinión Médica de esta Institución se corroboró que toda la estancia de V en el HGR-1, fue en el SU, hecho que contravino lo dispuesto en la NOM-Regulación de los Servicios de Salud, que en el numeral 5.5 establece que: “(...) *Los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica (...)*”, ello debido a que la estancia V permaneció 7 días en el SU, con lo cual el HGR-1 incurrió en responsabilidad institucional por inobservancia a la Norma Oficial Mexicana citada, situación que



desde el punto de vista médico legal contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su fallecimiento.

99. Asimismo, conforme a lo manifestado por SP6, Director del Hospital en mención, quien señaló en su informe de fecha 17 de agosto de 2020 que “...*Algunos padecimientos que por su complejidad requieren de un manejo multidisciplinario, este se lleva a cabo principalmente en piso...*”, situación que no ocurrió en el presente caso, ya que debido a que se mantuvo al paciente en el SU, no se le brindó la oportunidad de agotar todos los servicios e insumos terapéuticos que requería para su manejo y tratamiento.

100. Por otra parte, SP6 declaró que “...*La principal causa del diferimiento en la hospitalización en piso ya sea de medicina interna como de cirugía general, es debido a la falta de camas de hospital para la atención integral de nuestros pacientes. Esto deriva a una estancia prolongada de algunos pacientes en el servicio de Urgencias; que este diferimiento no es adjudicable a ningún personaje en especial del servicio de urgencias; si no a la saturación de los servicios de cirugía general y medicina interna principalmente...*”, señalamientos con los que se ratifica que existió una Responsabilidad Institucional por parte del HGR-1, con base al numeral 5.5 de la NOM-Regulación de los Servicios de Salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de Atención Médica, al permitir que V permaneciera en el SU desde su ingreso el día 20 de noviembre de 2019 hasta su fallecimiento el día 27 de noviembre de 2019, situación que desde el punto de vista médico legal contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su fallecimiento.

101. Ahora bien, respecto a las manifestaciones realizadas por SP6 sobre la estancia prolongada de algunos pacientes en los servicios de Medicina Interna y Cirugía general, los artículos 265 y 746 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos, establecen la obligación de referir al paciente a otra Institución del sector para asegurar su tratamiento, sin que ello hubiese



acontecido en el presente caso.

102. Por tanto, 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 la ausencia de camas en dicho nosocomio conllevó a que V permaneciera en el SU del 20 al 27 de noviembre de 2019, omisión que transgredió los artículos 48 y 74 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, y que 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, configurándose de tal manera una Responsabilidad Institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

103. 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 HGR-1 de los recursos materiales suficientes para la atención y 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, ya que su estancia prolongada en el SU generó que no se le hubiese brindado la oportunidad de agotar el manejo y tratamiento terapéutico que requería, por lo que se concluye que existe responsabilidad de tipo institucional atribuible al Instituto Mexicano del Seguro Social por inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud (artículos 21 y 26) debido a las omisiones señaladas, situaciones que favorecieron la falta de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad, contribuyendo con ello en el deterioro del estado de salud de V y en su fallecimiento



F. Reparación integral del daño.

104. 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.

105. En ese sentido, si bien al resolver la QM, el 19 de marzo de 2021, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente la queja desde el punto de vista médico, dar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS, implementar un programa de capacitación en materia de Derechos Humanos, así como una campaña de difusión de los Derechos Humanos de las y los derechohabientes que acuden a recibir atención médica en el HGR-1, ulteriormente, no se advirtieron acciones realizadas por la autoridad para dar cumplimiento a dicha resolución.

106. 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 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, se deberá inscribir a QV, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

107. 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.

108. 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 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.

109. 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, 62 y 63 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”*.

110. 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, psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas.

111. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la QV, 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.

112. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 y 65 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”*.³⁸

113. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos

³⁸ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.



humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

114. 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 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.

115. 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.

116. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al 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, de igual forma, se deberá colaborar y brindar seguimiento en la denuncia que se interponga por parte de esta Comisión Nacional, ante la Fiscalía General de la República, a efecto de que se investiguen las presuntas conductas delictivas relacionadas con el presente asunto.

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



d) Medidas de no repetición.

118. 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.

119. 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 Guía de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico del HGR-1, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, 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 el cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

120. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del IMSS en Culiacán, Sinaloa, particularmente del HGR-1, 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 el 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 sexto recomendatorio.



121. 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. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, se brinde 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 le 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, psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. 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. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 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. Colaborar ampliamente y brindar seguimiento en la denuncia que se interponga por parte de esta Comisión Nacional, ante la Fiscalía General de la República, a efecto de que se investiguen las presuntas conductas delictivas en que pudieran haber incurrido AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, relacionadas con el presente asunto.

QUINTA. Diseñar e impartir en el plazo 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 de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Normas Oficiales Mexicanas y Guía de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el personal médico del HGR-1, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, hecho lo anterior se remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del IMSS en Culiacán, Sinaloa, particularmente del HGR-1, 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.

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



122. 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 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.

123. 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.

124. 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.

125. 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. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA