



RECOMENDACIÓN No. 131 /2022

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; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38, EN TAMPICO Y EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 6, EN CIUDAD MADERO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 30 de junio de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2020/5629/Q**, sobre la atención médica brindada a V en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 de Tampico y en el Hospital General Regional (HGR) No. 6 de Ciudad Madero, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su

publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68 fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1º, 3º, 9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1º, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto, en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Clave
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Quejosa	Q
Autoridad Responsable	AR
Persona servidora pública	SP

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

Instituciones e instrumentos legales	Acrónimo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH, Organismo Nacional, Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Unidad de Medicina Familiar No. 38, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tampico, Tamaulipas.	UMF No. 38
Hospital General Regional No. 6, del IMSS en Ciudad Madero, Tamaulipas.	HGR No. 6
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM “Del expediente clínico”

I. HECHOS.

5. El 3 de octubre de 2019, Q presentó escrito de queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tamaulipas, misma que se remitió en razón de competencia a este Organismo Nacional, donde se recibió el 11 de junio de 2020, en el cual indicaron que el 28 de agosto de 2019, V con 64 años de edad al momento de los hechos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2¹, plastias umbilical e inguinal izquierda; hipertensión arterial²; accidente vascular cerebral tipo trombótico,

¹ Enfermedad por la que el cuerpo no controla la cantidad de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre y los riñones elaboran una gran cantidad de orina. La enfermedad se presenta cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o no la consume de la forma en que debiera hacerlo.

² La presión arterial alta (hipertensión) es una afección frecuente en la que la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias con el transcurso del tiempo es lo suficientemente alta como para poder causarte problemas de salud, como una enfermedad cardíaca.

con secuelas de hipoacusia, disartria, mano torpe, déficit motor en miembro torácico izquierdo y segundo evento cerebrovascular isquémico parietooccipital, con secuelas de crisis convulsivas manejadas y varios ingresos a urgencias por crisis convulsivas y descomposiciones, y dislipidemia; cataratas en ambos ojos; colocación de lente intraocular izquierdo y pie diabético; glaucoma; tabaquismo positivo; etilismo positivo y sobrepeso, quien ingresó a la UMF No. 38 en Tampico, Tamaulipas, para que le aplicaran insulina, resbaló y cayó al suelo, tuvo una fractura de cráneo y un coagulo en el cerebro, por lo que fue trasladado al HGR No. 6, de Ciudad Madero, en el que permaneció por casi tres días en el área de Urgencias, en una silla y el 31 de agosto de ese año, el neurocirujano lo operó.

6. A partir del 31 de agosto de 2019, V permaneció en terapia intensiva del HGR No. 6, hasta el 25 de septiembre, fecha en que lo pasaron a piso.

7. El día 28 de septiembre de 2019 el neurólogo le comentó a Q, que V estaba en recuperación y el 1° de octubre de 2019, una doctora lo revisó y dijo que ya no iba a despertar; posteriormente su estado de salud se complicó y finalmente a las 13:24 horas falleció, estableciéndose como causas de muerte: *“hematoma subdural (días), traumatismo craneoencefálico (días), diabetes mellitus (años) e hipertensión arterial (años)”*.

8. Con motivo de lo anterior se inició el expediente CNDH/PRESI/2020/5629/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II EVIDENCIAS.

9. Escrito de Q, de fecha 3 de octubre de 2019, el cual fue remitido por razón de competencia por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tamaulipas, a esta Comisión Nacional, donde se recibió el 11 de junio de 2020.

10. Correo electrónico de 23 de noviembre de 2020, a través del cual el IMSS remitió el informe de la Jefa de Servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 38, al Encargado de la jefatura de Urgencias, a los Coordinadores de Cirugía y Clínica de Medicina Interna, a los Jefes de la Unidad de Cuidados Intensivos, de Anestesiología y de Enfermería; así como copia del expediente clínico elaborado por la atención brindada a V en el HGR No. 6, documentos de los que se destacó lo siguiente:

10.1. Informe médico de 23 de octubre de 2020, suscrito por AR4, dirigido a SP1, director del HGR No. 6.

10.2. Notas médicas de 1 de febrero, 14 de marzo, 26 de abril, 18 de mayo, 10 de junio y 19 de julio de 2019, elaboradas por SP2 y SP3.

10.3. Nota médica de Urgencias y referencia contra-referencia de urgencias, de 28 de agosto de 2019, elaborado por AR1.

10.4. Triage³ y Nota inicial de urgencias de 28 de agosto de 2019 a las 10:09 horas, elaboradas por AR2, sin nombre completo.

³ Triage es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración diagnóstico y terapéutica completa en el Servicio de Urgencias. (Guía de Referencia Rápida, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel)

- 10.5.** Nota de revaloración intermedia de urgencias del 29 de agosto de 2019 a las 9:25 horas, elaboradas por AR3.
- 10.6.** Nota médica de 29 de agosto de 2019, elaborada por AR4.
- 10.7.** Nota de evolución observación de 30 de agosto de 2019 a las 8:50 horas, firmada por AR5, sin nombre completo.
- 10.8.** Nota médica de 30 de agosto de 2019 a las 19:30 horas, elaborada por AR4, quien indicó *“se completará protocolo prequirúrgico, solicitó sangre, pase a piso y comentó con familiares el caso, y que sería valorado por AR6”*.
- 10.9.** Nota de medicina de urgencias jornada acumulada de 31 de agosto de 2019 a las 9:11 horas, signada por AR7.
- 10.10.** Notas médicas y Prescripción, nota postquirúrgica de 31 de agosto de 2019, elaborada por AR4.
- 10.11.** Nota de defunción y hoja de alta hospitalaria de 12 de noviembre de 2019 de las 13:30 horas, elaboradas por AR8, de la cual se desprende que la causa de muerte de V fue *“hematoma subdural (días), traumatismo craneoencefálico (días), diabetes mellitus (años), hipertensión arterial (años)”*.
- 11.** Oficio FGJ/DGAJDH/7285/2021, de 31 de marzo de 2021, mediante el cual la Fiscalía General de Justicia del Estado de Tamaulipas informó sobre la radicación y seguimiento de la Carpeta de Investigación 1, y anexó los informes sobre las diligencias implementadas para la atención de la misma.

12. Dictamen médico de 4 de noviembre de 2021, emitido por especialistas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V1 en la UMF No. 38 y en el HGR No. 6, fue inadecuada.

13. Correo electrónico de 20 de enero de 2021, mediante el cual el IMSS remitió el acuerdo de 11 de octubre de 2021 del H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente en el que se determinó que la queja era improcedente desde el punto de vista médico.

14. Acta circunstanciada, de 19 de mayo de 2022, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que Q proporcionó el nombre de VI esposa de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El 11 de octubre de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, resolvió como improcedente la Queja Administrativa relacionada con V.

16. Con motivo del fallecimiento de V, se abrió la carpeta de investigación 1, la cual a la fecha de emisión de la presente Recomendación se encuentra en trámite.

17. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, no se tiene evidencia de que se haya iniciado algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

18. Del análisis lógico-jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2020/5629/Q, en términos de lo dispuesto en los artículos

41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de 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 de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida por la inadecuada atención médica y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 adscritos a la UMF No. 38 y del HGR No.6, por las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

19. El 28 de agosto de 2019, V1 acudió a la UMF No. 38 para que le aplicaran insulina, al llegar se resbaló, cayó y fue atendido en el servicio de urgencias; sin embargo, se omitió establecer el grado del traumatismo craneoencefálico y brindar su manejo idóneo, lo enviaron al HGR No. 6, al servicio de medicina interna urgente para tratamiento especializado, pero no lo sedaron ni intubaron para protección neurológica y se persistió en dejarlo sin la atención adecuada, lo que provocó un mayor deterioro neurológico y finalmente falleció.

20. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁴

21. 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

⁴ CNDH. Recomendaciones 92/2022, párr. 18, 28/2021, párr. 32, 5/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.⁵

22. 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.*”⁶

23. El párrafo 1º del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “*(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).*”

24. En la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, del 23 de abril de 2009, ha señalado 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*”.

⁵ “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”

⁶ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.



25. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,⁷ 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 esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.*”

26. En el presente asunto, debe considerarse el Objetivo tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, consistente en “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.*”

27. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos a la UMF No. 38 y al HGR No. 6 omitieron brindar la atención adecuada a V, persona adulta mayor, al haber desestimado sus factores de riesgo y sintomatología, pudiendo haberle brindado la atención médica adecuada que requería derivada en su calidad de garante, de conformidad con los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud, en concordancia con el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en una mala praxis⁸ y en consecuencia, la evidente violación al derecho humano, a la protección de la salud de V, que derivó en la pérdida de su vida, como se analizará más adelante.

⁷ “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. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

⁸ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en “Responsabilidad profesional de Enfermería”, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V por inadecuada atención médica.

- **Atención médica en la UMF No. 38.**

28. Los días 1 de febrero, 14 de marzo, 26 de abril, 18 de mayo, 10 de junio y 19 de julio de 2019, acudió a la UMF No. 38 donde fue valorado por SP2 y SP3, por control de diabetes mellitus, no insulino dependiente con complicaciones múltiples, hipertensión arterial sistémica, epilepsia, secuelas de enfermedad cerebrovascular, dislipidemia, retinopatía diabética no insulino dependiente y glaucoma⁹.

29. A las 9:18 horas del 28 de agosto de 2019, V1 acudió a la UMF No.38, al estar en su interior resbaló, cayó y fue atendido en el servicio de urgencias por AR1, quien lo reportó con antecedentes ya citados, fue llevado para aplicarse insulina (sic), que tuvo caída de su propia altura al llegar a la clínica, con contusión en región parietal, con herida en región parietal derecha de 5 cm aproximadamente, con hemorragia activa, la cual suturó; extremidades inferiores integra con disminución de la fuerza muscular 4/5, estableció los diagnósticos de traumatismo craneoencefálico, descartó evento cerebrovascular, herida de cabeza, hipertensión arterial y crisis hipertensiva, por lo cual de inmediato lo envió al HGR No. 6, al servicio de medicina interna urgente para tratamiento especializado.

30. En opinión especializada emitida por personal médico de este Organismo Nacional, se determinó que AR1 omitió realizar exploración neurológica completa, determinar la escala de Glasgow¹⁰ con la cual cursaba V para establecer el grado

⁹ Afección en la que el nervio óptico del ojo, que proporciona información al cerebro, se daña con o sin presión intraocular elevada. Si no se trata, esto provocará una pérdida gradual de la visión.

¹⁰ Evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: que incluyen estímulo verbal, motor y ocular, ya que dicha escala da parámetros para determinar el estado neurológico del paciente y su evolución con respecto al tiempo, de esta manera se conoce no sólo su pronóstico, sino las posibles secuelas que el evaluado presenta y considerarla de forma adecuada.



del traumatismo craneoencefálico y brindar su manejo idóneo, canalizarlo para tener una vía permeable e iniciar manejo intravenoso inmediato, ingresarlo a urgencias para brindarle el tratamiento de la emergencia hipertensiva y del descontrol glucémico, inmovilización del cuello y estabilizarlo.

- **Atención médica en el HGR No. 6.**

31. A las 10:09 horas de ese mismo 28 de agosto de 2019 fue ingresado al servicio de urgencias del HGR No. 6, valorado a las 10:30 horas por AR2, quien clasificó su valoración de color amarillo a su ingreso (urgente), refirió que el paciente ingresó por presentar traumatismo craneoencefálico moderado, urgencia hipertensiva, secundario a evento cerebrovascular (hematoma parietal), con saturación de oxígeno normal de 95%, hipertensión arterial de 160/90 mmHg, resto de los signos vitales normales, lo reportó en código naranja (es decir una emergencia), estado de salud grave e indicó ingreso a medicina interna, camilla con barandal, familiar acompañante, cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno, vigilancia neurológica, radiografías de cervicales y tomografía de cráneo simple, electrocardiograma y prescribió medicamento.

32. A las 9:25 horas del 29 de agosto de 2019, V fue valorado nuevamente por AR3, quien lo reportó con 23 horas de estancia hospitalaria, tomografía de cráneo con fractura lineal occipital, contusión hemorrágica en región occipital, zona hemorrágica en lóbulo derecho del cerebelo (1x0.8 cm) y contusión hemorrágica frontal izquierda con hematoma subdural izquierdo y hemorragia subaracnoidea Fisher II (sangre difusa en cortes verticales menor de 1 mm) (...) estableciendo el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico severo con fractura occipital y base de cráneo, hemorragia subaracnoidea Fisher II y hematoma subdural frontoparietotemporal izquierdo, secuelas de infarto cerebral, diabetes mellitus e hipertensión esencial primaria, le indicó valoración prioritaria por neurocirugía,

"Pasar a área de camillas o choque 3 para vigilancia estrecha...", ayuno y medicamento; así como glucosa capilar cada 4 horas con esquema de insulina rápida, sonda urinaria y cuantificación de orina y toxoide tetánico (sin referir porque se le administró), reportándolo grave, estable.

33. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que de las evidencias se advierte que 23 horas después de su ingreso a urgencias fue valorado por los médicos tratantes de urgencias de dicha unidad médica, cuando el traumatismo craneoencefálico severo con fractura occipital y base de cráneo, hemorragia subaracnoidea Fisher II y hematoma subdural frontoparietotemporal izquierdo, son patologías de urgencia absoluta de tratamiento inmediato, debiendo extremar precauciones en este paciente con múltiples comorbilidades, lo cual hasta este momento no había sido valorado por el servicio de neurocirugía.

34. Ese mismo 29 de agosto de 2019 sin referir la hora fue valorado por AR4, quien indicó que la tomografía de cráneo mostraba hematoma subdural agudo frontoparietotemporal izquierdo, con moderado efecto de masa, hemorragia subaracnoidea Fisher II (hemorragia menor a 1 mm de espesor), fractura occipital que se prolongaba hasta la base, por lo que requería cirugía, le indicó su ingreso a piso, dieta blanda y reajustó las medidas antiedema cerebral (manitol).

35. El 30 de agosto de 2019 a las 08:50 horas AR5 refirió encontrarlo desorientado, con Glasgow de 14 puntos (sic), equimosis palpebral bilateral además de pupilas isocóricas normorreflécticas, cuello sin rigidez, reflejos de estiramiento normales, cardioventilatorio, abdomen y extremidades sin compromiso, ya había sido valorado por neurocirugía y solicitó interconsulta a medicina interna para valoración prequirúrgica e ingreso a piso de neurocirugía, reportándolo grave, pero estable, pronóstico reservado a evolución, con riesgo alto de complicaciones.

36. A las 19:30 horas de ese mismo 30 de agosto de 2019 es decir, dos días después de la caída que sufrió V, fue valorado nuevamente por AR4, quien lo encontró somnoliento, despertaba a la voz, obedecía, movilizándolo las 4 extremidades, Glasgow de 14 puntos (sic), que no había sido realizada la valoración prequirúrgica por medicina interna, indicó que se completara protocolo prequirúrgico ya que V1 estaba descompensado y solicitó unidades de sangre, pase a piso, comentó con familiares el caso y de los pendientes a resolver antes de programar cirugía, los riesgos y que el fin de semana sería valorado por AR6.

37. Si bien es cierto AR4 indicó que, V requería drenaje del hematoma subdural agudo, previa valoración por medicina interna, pero ante la no realización de dicha interconsulta, omitió comentar la situación a su superior jerárquico, ya que V continuaba deteriorándose, al tratarse de una urgencia absoluta de manejo, indicar sedación e intubación para protección neurológica y valoración por la unidad de cuidados intensivos para su vigilancia estrecha, ingresarlo a cirugía descompresiva inmediatamente, estando a más de dos días de la caída que sufrió.

38. El 31 agosto de 2019 a las 9:11 horas V fue valorado por AR7, quien lo reportó con 3 días de estancia intrahospitalaria, en graves condiciones, con hipertensión arterial de 140/80 mmHg, taquicardia de 100 por minuto, saturación de oxígeno de 98%, con Glasgow de 13 puntos (sic), equimosis periorbitaria, desorientado, con rigidez de nuca presente (irritación de las membranas del cerebro) contaba con riesgo alto de complicaciones, mayor deterioro rostrocaudal o herniación.

39. Por lo tanto, se observa que los días del 29 y 30 de agosto de 2019 que AR4 valoró a V, pudo haberlo sedado e intubado para protección neurológica e ingresarlo a manejo neuroquirúrgico urgente desde el 29 de agosto de 2019, ya que

presentaba traumatismo craneoencefálico severo y hemorragia intracraneal, que comprometía su estado de salud desde su ingreso en fecha 28 de agosto de 2019.

40. Ese mismo 31 de agosto de 2019 a las 20:15 horas, es decir tres días después del traumatismo craneoencefálico, AR4 lo reportó a V diagnóstico preoperatorio de hematoma subdural agudo frontoparietotemporal izquierdo, previa anestesia general balanceada realizó *"una incisión frontotemporal izquierda, (...) no accidentes ni incidentes. Paciente sale orotintubado a sala intensiva"*, estableciendo el diagnóstico postoperatorio de craniectomía frontoparietotemporal de drenaje de hematoma subdural agudo, con sangrado de 200 ml, sin complicaciones, teniendo como hallazgos gran hematoma subdural, le indicó ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

41. Como se desprende de la opinión médica de especialistas de esta Comisión Nacional, del 25 de septiembre al 12 de noviembre de 2019 V permaneció hospitalizado en el servicio de neurocirugía por los diagnósticos ya comentados, agregándose neumonía asociada a la ventilación mecánica, observándose que durante su estancia, sólo los días 28 de septiembre; 2, 6, 9, 11, 14, 17, 21, 25, 27, 28, 29 y 30 de octubre; 1, 2, 3, 6, 8, 10 y 11 de noviembre de 2019, fue valorado por AR4 reportándolo en estado vegetativo, la tomografía de cráneo con cambios postquirúrgicos por craniectomía frontoparietal izquierda, edema digitiforme en lóbulo frontal izquierdo, vasogénico, atrofia cortical subcortical, retirándole puntos de craniectomía, refiriendo que nada más que ofrecer por neurología, V iría mejorando muy lentamente; desde el punto de vista médico forense se observa que presentaba las referidas alteraciones neurológicas, derivado de un manejo realizado tardíamente por AR4; asimismo, las secuelas que derivaron de la cirugía realizada a nivel craneal.

42. El 11 de noviembre de 2019, AR4 diagnóstico a V con ligera mejoría, lo dejó de prealta; a las 16:00 horas SP5 solicitó valoración por cirugía general, para cambio de cánula de traqueostomía. A las 23:30 horas fue valorado por SP4, quien lo reportó con distrés pulmonar (dificultad respiratoria), desaturando al 80% por pulsímetro, por lo que el servicio de medicina interna lo encontró con broncoespasmo (patrón respiratorio ineficaz y exagerado frente a estímulos diversos que puede condicionar disnea, tos, sibilancias o dolor torácico), le indicó medicamento, solicitándole colocación de cánula de plástico, ya que en caso de paro y requerir maniobras de reanimación, la cánula no entraba en el ambú al encontrarse con ventilación por tubo en T.

43. En consecuencia, como era de esperarse, el 12 de noviembre de 2019 a las 13:30 horas AR9 refirió en la nota de defunción a V, que se tomó trazo electrocardiográfico, sin actividad eléctrica, determinando hora de defunción a las 13:24 horas, con diagnóstico de *“hematoma subdural (días), traumatismo craneoencefálico (días), diabetes mellitus (años), hipertensión arterial (años)”*.

44. Cabe hacer mención que no es posible establecer la evolución clínica de V durante los días 25 al 27, 29 de septiembre, 1, 5, 22 al 24, 31 de octubre, 4 al 5, 7 y 9 de noviembre, toda vez que el IMSS no proporcionó las notas médicas.

45. Descrito lo anterior se determina que del período comprendido del 25 de septiembre al 12 de noviembre de 2019, que estuvo a cargo y bajo vigilancia AR4, y AR8 adscritos al servicio de neurocirugía, la atención médica de V fue inadecuada por el referido servicio, ya que durante los 48 días que permaneció hospitalizado en neurocirugía, sólo fue valorado por los referidos médicos durante 20 días; además de que, durante 13 días no realizaron notas médicas, lo que traduce un abandono de V.



46. Por otra parte, si bien es cierto, se solicitó valoración conjunta por medicina interna; también lo es que, este servicio médico le brindó el manejo metabólico y respiratorio requerido durante los días 30 de septiembre al 25 de octubre de 2019, dándolo de alta e indicaron que continuaría bajo vigilancia médica por el servicio tratante de neurocirugía, lo cual no sucedió.

47. Observándose que, además desde el día 2 de noviembre de 2019, le suspendieron el antitrombótico (enoxaparina), que el 11 de noviembre de 2019 presentó desaturación de oxígeno y broncoespasmo, sin referir la causa de esta sintomatología.

48. En fecha 12 de noviembre de 2019 acudieron a su valoración ya estando en fase agónica y finalmente falleció.

49. De lo anterior, en la opinión médica emitida por personal especializado de esta CNDH se señaló que la atención médica brindada a V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, fue inadecuada por lo siguiente:

- Omitieron realizar exploración neurológica completa, determinar la escala de Glasgow con la cual cursaba V para establecer el grado del traumatismo craneoencefálico y brindar su manejo idóneo, canalizarlo para tener una vía permeable e iniciar manejo intravenoso inmediato, ingresarlo a urgencias para brindarle el tratamiento de la emergencia hipertensiva y del descontrol glucémico, inmovilización del cuello y estabilizarlo.
- Omitieron sedar e intubar a V para protección neurológica, solicitar protocolo urgente, valoración por el servicio de cardiología y/o medicina interna, neurología y la Unidad de Cuidados Intensivos para su ingreso urgente a manejo neuroquirúrgico, con lo cual presentó mayor deterioro neurológico.

- Durante los 48 días que V permaneció en el servicio de neurocirugía sólo fue valorado por los referidos médicos durante 20 días; además de que, durante 13 días no realizaron notas médicas, lo que traduce en un abandono del paciente, suspendiéndole el antitrombótico desde el 2 de noviembre de 2019; que el 11 de noviembre de 2019 presentó desaturación de oxígeno y broncoespasmo, sin referir la causa de esta sintomatología; en fecha 12 de noviembre de 2019 acudieron a su valoración ya estando en fase agónica y finalmente falleció.

- Omitieron brindar vigilancia estrecha, exploración física completa, indicar oximetría de pulso, solicitar toma de gasometría, electrocardiograma, monitorización cardíaca continua, realización de tomografía de tórax, brindarle manejo tromboprolifáctico¹¹, en este paciente adulto mayor con senilidad, frágil, con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, postoperado de hematoma subdural, con micro y macroangiopatías, postrado por estado vegetativo, con neumonía por ventilación mecánica previa, anemia, alteraciones metabólicas y electrolíticas, polifarmacia y abatimiento funcional; precisamente por dichas condiciones clínicas, se debieron haber extremado las precauciones y brindar el tratamiento idóneo y la vigilancia estrecha, como era su derecho, situación que omitieron los médicos tratantes de neurocirugía.

50. De haber brindado AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 a V un diagnóstico y tratamiento oportuno, se le habría otorgado un mejor pronóstico de sobrevida, al cual tenía derecho, lo cual lamentablemente no sucedió; ya que el traumatismo craneoencefálico severo y hemorragia intracraneal, es una entidad

¹¹ Aplicación de métodos que pueden ser mecánicos o farmacológicos, tendentes a evitar la formación de coágulos.

clínica que debe atenderse de manera urgente, porque la demora en su atención eleva la morbilidad, como en el presente caso sucedió.

51. Si bien es cierto, V cursaba con diversas morbilidades, también lo es que, precisamente por esa condición, el personal médico del IMSS que valoró o tuvo a su cargo a V, debió extremar precauciones, lo cual lamentablemente no sucedió.

52. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, incumplieron con el deber de garantizar la atención médica integral con calidad y diagnóstico temprano, negándole a V un tratamiento oportuno de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo cual tuvo como consecuencia se le diera una atención médica inadecuada que afectó su salud y que derivó en su fallecimiento, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud.

53. Por lo anterior, se vulneró el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

B. DERECHO A LA VIDA.

54. V en el interior de la UMF No. 38, resbaló y sufrió una caída, lo que le provocó un traumatismo craneoencefálico, que no fue valorado adecuadamente, lo enviaron al HGR No. 6, donde también se omitió mandarlo al área de choque para lograr su estabilización y evitar que su salud se agravara con las complicaciones que se fueron presentando y que propiciaron que V perdiera la vida.

55. El derecho humano a la vida implica que toda persona disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

56. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria; así como el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción; o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹²

57. 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 las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de*

¹² CNDH, Recomendación 53/2022, párrafo 56.

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)".¹³

58. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana;¹⁴ En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

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

59. Como se precisó en la opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 fueron omisos en brindar a V una atención médica adecuada, toda vez que aun cuando V presentó un traumatismo craneoencefálico, AR1 omitió realizar exploración neurológica completa, determinar la escala de Glasgow con la cual cursaba, determinar el grado del traumatismo craneoencefálico y brindar el manejo idóneo del mismo, canalizarlo para tener una vía permeable e iniciar manejo intravenoso inmediato, ingresarlo a urgencias para brindarle el tratamiento de la emergencia hipertensiva y del descontrol glucémico, inmovilización del cuello y estabilizarlo y posteriormente, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, continuaron sin brindarle la atención médica que requería agravándose su estado de salud, al no establecer un diagnóstico y

¹³ "Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador". Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

¹⁴ "Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador". Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

tratamiento oportuno (sedación e intubación para protección neurológica e ingreso a manejo neuroquirúrgico desde el 29 de agosto de 2019) lo que provocó que falleciera.

60. En el presente caso, el personal médico identificado como responsable debieron valorar adecuadamente a V, y atender la urgencia que presentó, a fin de pasarlo inmediatamente al área de choque para lograr su estabilización y evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de la vida.

61. Determinándose la muerte de V en la nota de defunción, a las 13:24 horas del 12 de noviembre de 2019, causas: *“hematoma subdural (días), traumatismo craneoencefálico (días), diabetes mellitus (años), hipertensión arterial (años)”*.

62. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, vulneraron los derechos a la protección de la salud de V y como consecuencia de ello a la vida, previstos en el numeral 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; en concordancia con los diversos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto Constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud.

63. A su vez, el trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos, como en el presente caso dichos derechos se vulneraron en agravio de V, quien no recibió la atención médica adecuada en relación a su padecimiento,

incurriendo personal de la UMF No. 38 y del HGR No. 6 en omisiones que contribuyeron a que su estado de salud mermara y que su sintomatología se agravara hasta la pérdida de la vida, como se analizará en el siguiente apartado.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

64. A V persona adulta mayor, de 64 años, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica entre otras comorbilidades, se le debió de brindar un trato digno con razón de su situación de vulnerabilidad y una atención médica prioritaria por parte del personal adscrito a la UMF No. 38 y al HGR No. 6, lo que no sucedió.

65. 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.”¹⁵ 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.

66. 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.”¹⁶

¹⁵ 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 52/2020, párr. 26; 23/2020, párr. 22; 26/2019, párr. 24.

¹⁶ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

67. Esta Comisión Nacional reconoce que las personas adultas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad,¹⁷ considerando que en México son particularmente susceptibles a *“enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.”*

68. 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 las personas adultas 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.

69. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas adultas mayores como *“...sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...) Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud...”*¹⁸

¹⁷ CNDH, “Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México”, febrero de 2019, párr. 163.

¹⁸ “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132



70. La Ley General de Salud, vigente en la fecha de los hechos acaecidos a la agraviada, en su artículo 25 ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “*se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad.*”

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

71. La Organización Mundial de la Salud señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.¹⁹ 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.²⁰

72. Por su parte, 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.

73. La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Diabetes, indica que dicho padecimiento “*puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente.*”²¹

¹⁹ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

²⁰ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

²¹ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6

74. Tratándose de personas adultas mayores, debe considerarse el derecho al trato digno entendido como la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.

75. Por lo que, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica entre otras comorbilidades, a V1 se le debió de brindar un trato digno con razón de su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 64 años, y atendiendo a la especial protección, una atención médica prioritaria por personal adscrito a la UMF No. 38 y al HGR No. 6.

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

76. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en el expediente clínico de V de la UMF No. 38 y del HGR No. 6, algunas notas médicas no cumplen con la NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”.

77. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho al libre acceso a información²².

78. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,²³ párrafo 27, consideró que *“(...) el derecho 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.”*

²² Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.

²³ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

79. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”*²⁴

80. La NOM “Del expediente clínico”, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*²⁵

81. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

82. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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.

²⁴ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

²⁵ Introducción, párrafo segundo.



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.²⁶

83. Para personal especializado de este Organismo Nacional, no pasó desapercibido que, en el expediente clínico de V durante 13 días hubo ausencia de notas médicas de valoración, de estudios y de gabinete, otras carecen de membrete de la unidad médica, de nombre completo, firma y especialidad de los médicos tratantes, por lo que existe una presunción de abandono de V.

E. RESPONSABILIDAD.

E.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORA PÚBLICAS.

84. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 provino de una inadecuada atención médica en agravio de V, que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V y su situación de vulnerabilidad al ser una persona adulta mayor.

85. Este Organismo Nacional considera que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos y omisiones que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracción I, II y VII de la Ley

²⁶ CNDH, párrafo 34.

General de Responsabilidades Administrativas y 47 fracción I, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.

86. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, 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 queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V.

87. No pasa desapercibido para esta CNDH, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, determinó improcedente la queja médica interpuesta por Q; sin embargo, como ya se ha señalado en la presente Recomendación, atendiendo a la opinión médica de especialistas de esta Comisión Nacional, se considera que fue inadecuada la atención médica de V, por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

88. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Ley.”*

89. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y

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

90. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

91. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas de la UMF No. 38 y del HGR No. 6, por violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica, a la vida y acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

92. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que a las 9:18 horas del 28 de agosto de 2019, V al estar en el interior de la UMF No. 38 resbaló, cayó y sufrió una contusión con herida en región parietal derecha, lo trasladaron al HGR No. 6, pero fue hasta 23 horas después de su ingreso a urgencias que fue valorado por los médicos tratantes y hasta el día 31 de ese mes y año fue operado, pero de los 48 días que permaneció hospitalizado en neurocirugía, sólo fue valorado

por AR4 y AR8 durante 20 días; además de que, durante 13 días no realizaron notas médicas, lo que traduce un abandono del paciente, por lo que la atención médica que recibió V en la UMF No. 38 y en el HGR No. 6, no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

93. 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.

94. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y en consecuencia a la vida de V, se deberá inscribir a Q, 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 lo dispuesto en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

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

96. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la CEAV la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de Q, 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.

i. Medidas Rehabilitación.

97. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a 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; 78 párrafo tercero, quinto y siete, 79 fracción XX y XXI de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.



98. En el presente caso, de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a Q, la atención 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 y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

99. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para Q, 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.

ii. Medidas de Compensación.

100. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 de la Ley General de Víctimas; 78 párrafo tercero, quinto y siete, 79 fracción XX, XXI y XXII de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, la cual consiste 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 30/35 de la víctima o su familia.*”²⁷

101. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en

²⁷ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.



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 provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

102. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la CEAV una vez que está última emita el dictamen respectivo, deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q, por la mala práctica médica que derivó en el fallecimiento de V1, 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.

iii. Medicas de Satisfacción.

103. 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; 78 párrafo tercero, quinto y siete, 79 fracción XX, XXI y XXII de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, 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.

104. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja y denuncia que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, y en la Fiscalía General de la República, respectivamente, en contra de

las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

105. Por lo anterior, se deberá dar cumplimiento a los puntos recomendatorios tercero y cuarto, informando las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

iv. Medidas de no repetición.

106. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, 78 párrafo tercero, quinto y siete, 79 fracción XX, XXI y XXII de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir.

107. 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 dirigido al personal de Urgencias de la UMF No. 38, y de Urgencias y Neurocirugía del HGR No. 6, 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 de la salud y a la vida; así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana citada en el cuerpo de esta Recomendación, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

108. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la UMF No. 38, y de Urgencias y Neurocirugía del HGR No. 6, que contenga las medidas

pertinentes de prevención y supervisión, a fin de 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; así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”; 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.

109. En consecuencia, esta Comisión Nacional le formula a Usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas a Q y VI, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente, conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral del daño a Q y VI, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera Q y VI 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 sus 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. Se colabore ampliamente el Órgano Interno de Control en el IMSS en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, así como el personal médico de Urgencias de la UMF No. 38 y el de Urgencias y Neurocirugía del HGR No. 6 que del 28 de agosto al 12 de noviembre de 2019 atendieron a V, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se colabore con la Fiscalía General de la República en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V, que derivaron en la pérdida de su vida, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. 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 de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana citada en esta Recomendación, a todo a todo el personal médico de la UMF No. 38 y del HGR No. 6 del IMSS involucrado en la atención brindada a V, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y el personal médico de Urgencias de la UMF No. 38 y el de Urgencias y Neurocirugía del HGR No. 6 que del 28 de agosto

al 12 de noviembre de 2019 que lo atendieron, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso remitiendo a esta Comisión 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 de la UMF No. 38 y del HGR No. 6, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de 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, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012; 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.

SEPTIMA. 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.

110. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o

cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

111. De conformidad con 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, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

113. 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