



RECOMENDACIÓN No. 133/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, A LA VIDA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD COMETIDAS EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 1 IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MÉRIDA, YUCATÁN.

Ciudad de México, a 30 de junio de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2020/1935/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional Núm. 1 Ignacio García Téllez del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mérida, Yucatán.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto 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; 1, 3, 9 y 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 de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Quejosa	Q
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, se hace referencia a distintas instituciones, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas, así como organismos internacionales de derechos humanos, por lo que a continuación se presentan las siglas, acrónimos y abreviaturas utilizados, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán identificarse como sigue:

DENOMINACIÓN	SIGLAS
Hospital General Regional número 1 Ignacio García Téllez, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mérida, Yucatán	HGR-1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS



DENOMINACIÓN	SIGLAS
Norma Oficial Mexicana Nom-004-SSA-3-2012, del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana, para la Práctica de la Hemodiálisis	NOM-003-SSA3-2010
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Organismo Nacional o Comisión Nacional

I. HECHOS

5. El 26 de diciembre de 2019, Q presentó queja ante esta Comisión Nacional señalando que V, persona adulta mayor se encontraba internado en el Hospital General Regional Número 1 Ignacio García Téllez, del IMSS, por presentar infección en el talón izquierdo.
6. El 18 de diciembre de 2019, V ingresó al área de urgencias por recomendación del nefrólogo del HGR-1, para recibir una atención inmediata y oportuna sobre la infección que presentaba en el talón izquierdo.
7. El 21 de diciembre de 2019, Q se comunicó con el Subdirector del HGR-1, el cual le indicó que el especialista en angiología se encontraba de vacaciones y que la amputación que requería V podría realizarla un médico cirujano; sin embargo, la cirugía no se realizó. Ese mismo día por la noche, V entró en paro cardiorrespiratorio y quedó intubado e inconsciente.
8. El 23 de diciembre de 2019, V falleció por “choque séptico, cardiopatía isquémica, pie diabético e insuficiencia renal agudizada”.

9. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/PRESI/2020/1935/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información de V al IMSS, en atención a este asunto, cuya valoración lógica-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja presentado el 26 de diciembre de 2019 por Q ante esta Comisión Nacional, inconformándose por la atención médica que se le proporcionó a V en el HGR-1.

11. Acta circunstanciada de 9 de enero de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación sostenida con Q, quien aclaró los hechos materia de su queja.

12. Oficio 095217614C21/0950, de 25 de marzo de 2020, suscrito por la titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos en el IMSS, a través del cual anexó copia simple del expediente clínico de V, del que destacó lo siguiente:

12.1 Nota de Nefrología-Hemodiálisis, de las 19:30 horas de 17 de diciembre de 2019, suscrita por PSP1, mediante la cual consideró que V requería valoración urgente por Angiología.

12.2 Hoja de indicaciones médicas de las 15:20 horas de 18 de diciembre de 2019, suscrito por PSP2, que en refiere: Valoración Angiología.

12.3 Triage¹ y nota inicial de Urgencias, elaborada el 18 de diciembre de 2019 a las 15:00 horas, pronóstico reservado, suscrito por PSP2.

12.4 Nota de evolución de urgencias a las 10:39 horas del 19 de diciembre de 2019, en la cual AR2 señaló que V se encontró con alto riesgo de complicaciones.

¹ 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.



12.5 Nota de egreso de urgencias de las 15:43 horas de 19 de diciembre de 2019, mediante la cual AR3 diagnosticó a V con necrobiosis diabética Texas IIIB, anemia grado II OMS, enfermedad renal crónica KDIGO 5 en hemodiálisis.

12.6 Nota de evolución de las 22:00 horas de 19 de diciembre de 2019, que realizó AR5 a V, a quien señaló muy grave.

12.7 Hoja de indicaciones medicas de las 07:00 horas de 19 de diciembre de 2019, suscrito por AR4.

12.8 Nota de valoración, elaborada el 20 de diciembre de 2019 a las 13:30 horas, suscrito por AR1.

12.9 Nota médica elaborada a las 10:16 horas del 20 de diciembre del 2019 por AR6, donde solicita nuevamente interconsulta de angiología, alto riesgo de complicaciones.

12.10 Nota medica suscrita por AR3 a las 16:11 horas del 20 de diciembre de 2019, en la cual refiere a V con pronóstico malo para la función, incierto para la vida.

12.11 Solicitud de intervención quirúrgica, elaborada el 20 de diciembre de 2019, que refiere: prioridad alta, suscrito por AR1.

12.12 Carta de consentimiento informado de procedimiento quirúrgico de 20 de diciembre de 2019, suscrito por AR1 en donde expresa autorización VI.

12.13 Nota de ingreso de 21 de diciembre de 2019 a las 03:40 horas en donde AR1 diagnosticó a V.

12.14 Nota de sesión de hemodiálisis, elaborada el 21 de diciembre de 2019 sin hora, que refiere: "Se realiza sesión de hemodiálisis convencional", PSP6.

12.15 Nota médica y prescripción de 22 de diciembre de 2019 a las 13:01 horas, en la que PSP3 diagnosticó a V con un pronóstico malo para la vida y función, se informa a familiares.



- 12.16** Carta de consentimiento bajo información de 22 de diciembre de 2019, mediante el cual se autoriza la intervención quirúrgica a V.
- 12.17** Nota de Trabajo Social, elaborada por PSP5, el 23 de diciembre de 2019 a las 08:30 horas.
- 12.18** Nota de evolución, de fecha 23 de diciembre de 2019 a las 08:59 horas, elaborada por AR1.
- 12.19** Nota de evolución de 23 de diciembre de 2019 a las 13:56 horas, suscrita por AR1, en donde se da parte a la Jefatura de Cirugía y a subdirector en turno para continuar atención y vigilancia estrecha en los siguientes turnos.
- 12.20** Nota de egreso de Cirugía General, de 23 de diciembre de 2019, de la que se asentó que V falleció por causas de “choque séptico, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y pie diabético” a las 15:55 horas.
- 12.21** Certificado de defunción folio 190856859, elaborado por PSP4, donde refiere que la defunción de V ocurrió a las 15:55 horas del 23 de diciembre de 2019, causas: choque séptico, cardiopatía isquémica, desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal agudizada, y pie diabético Texas IIIB.
- 13.** Resolución del H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del 8 de diciembre de 2020, a través de la cual emitió su determinación en sentido improcedente, al considerar que la atención médica institucional fue adecuada, oportuna y apegada a la literatura médica.
- 14.** Dictamen médico de 30 de septiembre de 2021, emitida por un especialista de esta Comisión Nacional, quien determinó que la atención médica proporcionada a V en el HGR-1 del IMSS, fue inadecuada, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y en su posterior fallecimiento.
- 15.** Acta circunstanciada, de 30 de mayo de 2022, elaborada por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar una conversación telefónica

sostenida con Q, quien señaló que con relación a la mala atención médica que recibió V por parte del personal HGR-1, no presentó queja médica.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. El 8 de diciembre de 2020 el IMSS inició la queja médica, la cual, a la fecha de la suscripción del presente documento, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico determinó “IMPROCEDENTE”, desde el punto de vista médico.

17. 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

18. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2020/1935/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 adulta mayor y 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. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. 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.²

20. Por su parte, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades”.³

21. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección, 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”.

22. El numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que la salud es “un derecho humano 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...”⁴

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

24. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le

² CNDH. Recomendaciones: 79/2021, párrafo 20; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33, 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

³ SCJN, Jurisprudencia Administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”, Registro 167530.

⁴ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.



asegure ...la salud... y en especial... la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

25. 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.

26. Además, advirtió que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

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

28. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.⁵

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

30. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, médicos adscritos al HGR-1 omitieron brindar la atención adecuada a V, persona adulta mayor, al haber desestimado sus factores de riesgo y sintomatología,

⁵ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, 219/418.

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 praxis 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.⁶

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGR-1

31. El presente caso se trata de V, persona adulta mayor de 67 años, quien tenía antecedentes patológicos y padecía diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica en su última etapa de gravedad, con tratamiento sustitutivo de la función renal basado en hemodiálisis, la cual se realizaba regularmente en HGR-1.

32. El 17 de diciembre de 2019 a las 19:30 horas, V acudió a su sesión de hemodiálisis, de acuerdo con lo que se mencionó en la nota elaborada ese día por PSP1.

33. De acuerdo con lo señalado en la nota inicial de Urgencias elaborada a las 15:00 horas del 18 de diciembre de 2019, V había comenzado a presentar alteraciones en la extremidad inferior izquierda asociado a pie diabético aproximadamente de dos meses de evolución, motivo por el cual le proporcionaron tratamiento antimicrobiano⁷, indicado por angiólogo particular. A pesar de ello, no había mostrado buena evolución, ya que en los últimos cuatro días había presentado deterioro caracterizado por aumento de la temperatura, fetidez y muerte del tejido⁸ de la región plantar, por lo que indicó su ingreso

⁶ En relación con ello, cobra relevancia lo señalado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la siguiente tesis: "MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina". Semanario Judicial de la Federación, enero de 2013, registro 2002570.

⁷ Un antimicrobiano es un agente que mata microorganismos o detiene su crecimiento.

⁸ Necrosis: Degeneración de un tejido por muerte de sus células.



al servicio de urgencias de HGR-1. En las indicaciones recomendó dieta para diabético, con esquema de insulina de acción rápida, doble tratamiento con antimicrobiano (ceftriaxona y clindamicina), toma de muestras para estudios de laboratorio y que fuera valorado por el especialista en Angiología.

34. El 19 de diciembre de 2019 a las 10:39, AR2 de Urgencias señaló en la nota de evolución correspondiente, que V se encontraba cursando sus primeras horas con los diagnósticos de “Necrobiosis diabética IIIB⁹”, anemia¹⁰ y enfermedad renal etapa 5 en hemodiálisis, con pronósticos de mortalidad. Describió que la radiografía del pie no evidenciaba datos de lesión en hueso. Indicó de nueva cuenta que fuera valorado por el servicio de Angiología, la cual aún se encontraba pendiente, resaltando que V tenía alto riesgo de presentar complicaciones. A las 15:43 horas obra nota de egreso del servicio de Urgencias, según señaló AR3 con los diagnósticos ya descritos de pie diabético Texas IIIB, anemia grado II y enfermedad renal crónica en hemodiálisis; describió que ya habían solicitado que fuera valorado por el especialista en Angiología, sin embargo, aún se encontraba pendiente esta valoración y describió que se había iniciado tratamiento antibiótico adicional.

35. V fue valorado por médico del servicio de Angiología por primera vez el 20 de diciembre de 2019 a las 13:30 horas, AR1 refirió en la nota de valoración correspondiente, que solicitaron su intervención debido a que V presentaba pie diabético y en el miembro pélvico izquierdo mostraba “necrosis húmeda total plantar calcáneo y tobillo”, con fetidez, aumento en la temperatura e hinchazón; determinó que cursaba con un estadio IIID de la clasificación de Texas para pie diabético¹¹, indicó que la única opción terapéutica consistía en amputación supracondílea (por arriba de la rodilla); sin embargo, señaló que en ese momento no se encontraba familiar de V que brindara autorización para el procedimiento y tampoco se contaba con tiempos de coagulación, e indicó que a pesar de ello, dejó elaborada la solicitud de sala de quirófano y que una vez que contaran con los faltantes se operaría a V.

⁹ Basada en la clasificación de Texas, que consiste en herida penetrante a hueso o articulación infectada.

¹⁰ Conteo de glóbulos rojos y hemoglobina bajos.

¹¹ La que consiste en herida penetrante a hueso o articulaciones infectada e isquémica (con escaso o nulo aporte sanguíneo).

36. El especialista en medicina legal de este Organismo Nacional, en su dictamen médico mencionó que el pie diabético es una entidad clínica que aparece como complicación de la diabetes mellitus, en cuyo origen se encuentran involucradas diferentes alteraciones, entre las que se encuentran sistema de defensa (inmunológico) ineficiente, falta de adecuada circulación, estimulación nerviosa anómala y deformidades osteomusculares¹² en hueso y músculos del pie, asociadas a esta última. Las alteraciones descritas previamente dan como resultado la aparición de una úlcera en algún segmento del pie, la cual se coloniza rápidamente por microorganismos ocasionando infección y muerte del tejido circundante (necrosis). Existen diferentes sistemas para estadificar el grado de afectación en el pie diabético, siendo una de las más utilizadas, la clasificación de la Universidad de Texas¹³, en este caso particular, una clasificación “IIIB” se interpreta como una herida penetrante e infectada, mientras que la IIID, además se encuentra también con falta de circulación sanguínea.

37. De acuerdo con la literatura médica, una vez sospechado el pie diabético se debe realizar una examinación física, en donde lo típico es enrojecimiento, calor, dolor, aumento de volumen, sensibilidad alterada. Una vez establecido el diagnóstico es necesario realizar diferentes estudios auxiliares como radiografías y exámenes sanguíneos (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, etcétera). El cultivo de secreciones se realizará antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano empírico (el cultivo es innecesario cuando se presentan infecciones moderadas o no se ha empleado tratamiento antimicrobiano antes).

38. Cuando existe infección, el tratamiento inicial consiste en el control metabólico de las enfermedades concomitantes (que generalmente se descompensan en asociación al pie diabético), así como en antibióticos que cubran los microorganismos más

¹² Una enfermedad osteomuscular es toda aquella alteración en los músculos, huesos, articulaciones y tendones que se traduce en una lesión que afecta en mayor o menor medida al desempeño de actividades físicas. Es decir, son afecciones en el sistema locomotor, aquel encargado del movimiento corporal.

¹³ La conocida como clasificación de Texas o simplemente Escala Texas es la más popular de las clasificaciones de lesiones de pie diabético. Desarrollada en la University of Texas Health Science Center de San Antonio, fue la primera clasificación de tipo bidimensional. Diseñada por Lavery y Armstrong en 1996 y validada en 1998, es un sistema de clasificación donde las lesiones son estudiadas con base en dos criterios principales: profundidad y existencia de infección/isquemia. De esta forma el eje longitudinal de la matriz se ocupa del parámetro profundidad, otorgándole cuatro grados (desde el grado 0 al grado 3) y el eje vertical se ocupa del parámetro infección/isquemia, clasificando este parámetro mediante la asignación de cuatro letras (A-no presencia de infección o isquemia, B-presencia de infección, C-presencia de isquemia, D-presencia de infección e isquemia).

frecuentemente asociados a la infección de pie diabético hasta que se aíse al germen responsable y se adecue al antibiótico específico al que resulte sensible; además, se debe realizar curación y desbridamiento quirúrgico en algunos casos (es decir, limpieza y eliminación del tejido no viable o que presenta datos de muerte) para controlar el foco infeccioso y manejar las secreciones purulentas presentes. Dependiendo del grado de afectación es la magnitud del tratamiento de limpieza y desbridamiento; en casos severos con gran afectación de tejido blando e incluso hasta el plano óseo, el tratamiento quirúrgico se realiza de manera urgente, retirando el segmento afectado.

39. El manejo del pie diabético es multidisciplinario, en etapas iniciales cuando no existe un compromiso de la piel ni proceso infeccioso, la vigilancia de la deformidad y manejo de la misma por el área ortopédica es indispensable, además de que la vigilancia de la adecuada circulación sanguínea es idónea para considerar la revascularización en caso de que se encuentre comprometida, esto debe ser llevado a cabo por un especialista en cirugía vascular. Cuando existe compromiso infeccioso, el control de la misma mediante desbridamiento y lavado quirúrgico se realizará mediante intervenciones quirúrgicas generales, incluso hasta la amputación.

40. Existen signos de una infección que pone en peligro la vida, los cuales son evidencia de respuesta inflamatoria sistémica, rápida progresión, necrosis extensa, presencia de gas en el tejido identificada en la exploración física o mediante radiografía, compromiso de la función neurológica y falta de progresión a pesar del tratamiento. Cuando exista compromiso severo que ponga en peligro la vida o la progresión de toda la extremidad, se optará por la amputación del segmento, inclusive hasta toda la pierna (desarticulación). Las amputaciones más frecuentes son la infracondílea (debajo de la articulación de la rodilla) y la supracondílea (por encima de la articulación de la rodilla).

41. Ahora bien, tomando en consideración lo descrito previamente, respecto al manejo que se le proporcionó a V, es importante resaltar que de manera inicial se le brindaron las medidas pertinentes respecto a iniciar tratamiento antimicrobiano con doble esquema de antibióticos, inicio de soluciones intravenosas con esquema de insulina y se solicitó la interconsulta al servicio de Angiología. Sin embargo, la valoración por el especialista en Angiología ocurrió hasta el 20 de diciembre de 2019 (dos días después de su ingreso). A pesar de que se continuó insistiendo en que fuera valorado por dicho servicio en los días



subsecuentes, se registró el egreso de Urgencias el 19 de diciembre de 2019, tal como lo refirió el AR3, sin que hubiera sido valorado por un médico de tal servicio que indicara su egreso de Urgencias y pase a cargo de Angiología.

42. Al respecto, es importante destacar que el hecho de que no fue valorado por Angiología desde su ingreso del 18 al 20 de diciembre de 2019 contraviene a lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica¹⁴, así como en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social¹⁵, ya que desde su ingreso V no fue valorado por el especialista en Angiología, y no se solicitó valoración por Cirugía General (quien también es el personal idóneo para brindar tratamiento quirúrgico del pie diabético, para que evaluaran el estado de gravedad de la extremidad de V para realizar lavados quirúrgicos o llevar a cabo la amputación de urgencia) o en su defecto solicitar que fuera referido a otra unidad del Instituto que sí contara con el personal médico idóneo para valorar a V; inobservancia que es atribuible a los médicos que valoraron a V del servicio de Urgencias, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6.

43. Cabe mencionar que, si bien, de acuerdo con lo que se señaló en las notas médicas, V tenía cuatro meses aproximados de evolución bajo tratamiento médico, empeoró cuatro días antes de su ingreso y tenía otras comorbilidades que por sí solas le otorgaban un mal pronóstico; a pesar de ello, las omisiones descritas previamente relacionadas con referir a V para que fuera valorado en otra unidad o por un especialista en Cirugía General, condicionaron un retraso para brindarle el tratamiento que ameritaba V, mismo que condicionó que el pie diabético continuara con su historia natural junto con las otras enfermedades que padecía (diabetes mellitus y enfermedad renal crónica),

¹⁴ Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema, se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

¹⁵ Artículo 94. Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica (*sic*), de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente. Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida.

favoreció la aparición de sepsis, así como la descompensación de las enfermedades de las cuales era portador, produciendo su deterioro y posterior fallecimiento.

44. Retomando el análisis de la atención proporcionada a V, a las 16:11 horas del 20 de diciembre de 2019, AR3 indicó en hoja de evolución que V ya había sido valorado por médico del servicio de Angiología, quien recomendó tratamiento quirúrgico urgente, detalló que V presentaba datos de falla renal y hepática, además que tenía elevadas posibilidades de presentar complicaciones (incluyendo choque séptico y la muerte), en caso de no controlar la fuente de la infección (amputar el pie infectado). Indicó que por su parte continuarían brindándole tratamiento antimicrobiano y con soporte de líquidos y que hasta ese momento aún no se encontraba algún familiar de V para proporcionarle informes.

45. Así mismo, es de referir que, en el expediente clínico de V, se encuentra la carta de consentimiento informado para la amputación del miembro pélvico izquierdo, elaborada por AR1, con fecha del 20 de diciembre de 2019, la cual fue firmada por un familiar de V, en donde se explican los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico.

46. El 21 de diciembre de 2019 a las 03:40 horas, V ingresó a cargo del servicio de Anestesiología, acorde con lo señalado por AR1 en su nota de ingreso, en la que describió los antecedentes de V y la necesidad del procedimiento quirúrgico a la brevedad, con la indicación del plan: “manejo y tratamiento adecuado”, sin registrar detalles adicionales o alguna otra intervención terapéutica.

47. Es importante destacar que V permaneció desde su ingreso, del 18 al 21 de diciembre de 2019, en el servicio de Urgencias, a pesar de que el 19 del mismo mes se registró su egreso, y fue hasta el 21 de diciembre que V ingresó al servicio de Angiología como lo refirió AR1 en su nota de ingreso; V permaneció en el servicio de Urgencias 3 días, sin una causa específica.

48. El 21 de diciembre de 2019, se registró en el expediente clínico de V, que se realizó sesión de hemodiálisis, cuyo contenido total de la nota refiere: “Se realiza sesión de hemodiálisis convencional”; sin agregar alguna otra aclaración de importancia.¹⁶

49. El 22 de diciembre de 2019, V fue valorado por PSP3 del HGR-1, el cual detalla en la nota de valoración correspondiente elaborada a las 13:01 horas, que V se encontraba en protocolo para la intervención quirúrgica, y el día anterior se le había realizado una sesión de hemodiálisis, ocasión que presentó un evento de paro cardiorrespiratorio, observando los médicos especialistas de este Organismo Autónomo que la misma nota no especificó el momento las circunstancias en las que ocurrió, no obstante, se estableció en la valoración que V había respondido adecuadamente a las maniobras de reanimación cardiopulmonar; sin embargo refieren los especialistas de esta Comisión Nacional que el dictamen médico se requería del apoyo de ventilación mecánica asistida, así como de medicamentos para hacer más eficiente la actividad cardiaca y la presión arterial. Ahora bien, se señaló en la citada nota de valoración que V se encontraba hemodinámicamente inestable y con datos de falla orgánica, resaltó el especialista en medicina legal de este Organismo Nacional que era necesaria la remoción del foco séptico y V requería permanecer en sedación por 48 a 72 horas más, para luego retirar los medicamentos que lo mantenían sedado, para valorar alguna complicación neurológica derivada del paro cardiorrespiratorio presentado. También se describió la ocasión donde los familiares no aceptaban más medidas invasivas en caso de presentar V deterioro (obra carta de consentimiento informado para “límite de esfuerzos/no reanimación/no intubación”).

50. El 23 de diciembre de 2019, AR1 señaló en su nota de evolución elaborada a las 08:59 horas, que V se encontraba intubado y con inestabilidad hemodinámica; además, volvió a mencionar la necesidad de que se realizara la amputación, la cual ya había sido planteada desde el 20 de diciembre de 2019; sin embargo, describió que en su momento

¹⁶ Respecto a dicha nota, es importante destacar que carece de los elementos señalados tanto en la NOM-003-SSA3-2010; respecto al registro por parte del personal profesional y técnico, de las características clínicas de la persona sometida a hemodiálisis, tanto antes, durante como después del procedimiento, donde establece en: 5.4. Corresponderán al personal profesional y técnico las siguientes funciones: 5.4.1. Valorar la condición del paciente previo al inicio de la hemodiálisis; 5.4.2. Vigilar el tratamiento de hemodiálisis de acuerdo con las condiciones del enfermo y las indicaciones médicas; 5.4.3. Punción, conexión y desconexión de fístulas, injertos o catéteres; 5.4.4. Registrar en la hoja de seguimiento los siguientes datos: 5.4.4.1. Peso del paciente pre y post-diálisis; 5.4.4.2. Presión arterial pre, trans y post-diálisis; 5.4.4.3. Temperatura pre y post-diálisis; 5.4.4.4. Frecuencia cardiaca.

no se realizó el procedimiento ya que V no contaba con ayuno ni tiempos de coagulación y tampoco contaba con familiares para recabar la autorización para realizar el procedimiento quirúrgico. Describió que para ese momento ya lo había valorado el especialista en Medicina Interna, quien ponderó la necesidad de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, pero que en ese momento no se encontraba familiar para recabar su consentimiento para cirugía de urgencia, por lo que solicitó el apoyo del área de Trabajo Social en ese nosocomio, personal que registró las gestiones que realizó para solicitar la presencia del familiar de V.

51. El mismo día, a las 13:56 horas AR1 describió en su nota de evolución los antecedentes de V y el hecho de que había sido valorado desde el 20 de diciembre de 2019, manifestando que en ese momento V se encontraba “neurológicamente íntegro, apto para el interrogatorio cognoscitivamente, con estabilidad hemodinámica”, es decir, cuando determinaron que necesitaba el procedimiento quirúrgico pero que no se realizó por falta de tiempo quirúrgico propio del turno matutino. Describió AR1 que se le indicó al familiar presente la necesidad de realizarle tratamiento quirúrgico consistente en amputación; sin embargo, el familiar no autorizó que se le realizara el procedimiento quirúrgico ni que se le brindaran maniobras de reanimación cardiopulmonar.

52. Cabe resaltar que AR1 determinó que no fue posible realizar la cirugía a V desde el 20 de diciembre de 2019, mientras permaneció en el servicio de urgencias, justificándose con las notas medicas de fechas 20 y 23 de diciembre de 2019 donde manifestó que: no se realizó la cirugía por falta de familiar, falta de tiempos de coagulación y ayuno, así como que no se efectuó por falta de tiempo quirúrgico.

53. Por lo anterior, la especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, en su dictamen médico destacó que existió negligencia por parte del AR1 al omitir solicitar las valoraciones o indicar las medidas terapéuticas que ameritaba V para estabilizarlo respecto a la mejora de tiempos de coagulación y que estuviera en condiciones de realizar el procedimiento quirúrgico, agregó que a pesar de que en un inicio indicó AR1 que no se encontraba el familiar para recabar el consentimiento informado para la amputación, en el expediente obra el consentimiento elaborado el mismo 20 de diciembre de 2019, firmado por un familiar de V.

54. Si bien no se localizaba al familiar como refiere AR1, durante la valoración inicial del 20 de diciembre de 2019, también lo es que el propio AR1 describió que V se encontraba “neurológicamente íntegro”, por lo que no contaba con ninguna incapacidad transitoria ni permanente para firmar el consentimiento informado, es decir, que V autorizara el procedimiento quirúrgico que se le requería realizar.¹⁷

55. Así mismo, AR1 omitió referir el traslado de V a otra Unidad médica que contara con el especialista o solicitar interconsulta al servicio de Cirugía General; en este caso, las omisiones condicionaron que el pie diabético continuara con su historia natural, favoreciendo a la aparición de complicaciones como la sepsis, el choque séptico y la descompensación de las enfermedades de las cuales era portador produciendo su deterioro y posterior fallecimiento.

56. A las 15:55 horas del 23 de diciembre de 2019, se registró la nota de egreso, donde se advierte que V presentó parada cardiorrespiratoria, por lo que se le realizó un electrocardiograma, el cual evidenció ausencia de actividad cardiaca, y los familiares negaron la autorización para realizar maniobras de reanimación; la certificación de la defunción registró como causas: “choque séptico, cardiopatía isquémica, desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal agudizada y pie diabético.”

57. Sobre el particular, el perito médico legista de este Organismo Autónomo, determinó que desde el punto de vista médico forense, la atención médica que se proporcionó a V fue inadecuada, pues esta consistió en negligencia por omisión, por parte de AR1, lo que condicionó que el pie diabético continuara con su historia natural favoreciendo la aparición de complicaciones, como la sepsis y el choque séptico, así como la descompensación de las enfermedades de las cuales era portador, produciendo su deterioro y posterior fallecimiento.

¹⁷ ARTICULO 80. En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTICULO 81. En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

B. DERECHO A LA VIDA

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

59. La SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho [...]. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...]”¹⁸.

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

61. La Comisión Nacional en la Recomendación 52/2020, párrafo 63, emitida el 29 de octubre del 2020 señaló que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del

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

ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos (médicos) para preservar la vida de sus pacientes”.

62. 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, personal médico del HGR-1, también son el soporte que permitió acreditar la violación al derecho a la vida.

63. Respecto al derecho a la vida, en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo se concluyó que la atención médica proporcionada a V en el HGR-1 fue inadecuada, la cual consistió en negligencia por omisión por parte de AR1 al omitir solicitar las valoraciones o indicar las medidas terapéuticas que ameritaba V para estabilizarlo respecto a la mejora de tiempos de coagulación y que estuviera en condiciones de realizar el procedimiento quirúrgico durante su intervención los días 20, 21, 22 y 23 de diciembre de 2019, lo que condicionó que el pie diabético continuara con su historia natural, favoreciendo a la aparición de complicaciones como la sepsis, el choque séptico y la descompensación de las enfermedades de las cuales era portador, produciendo su deterioro y posterior fallecimiento. Así como la omisión, en que incurrieron AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que desde su ingreso del 18 al 20 de diciembre de 2019 al no brindar la atención médica adecuada a V, quien no fue valorado por el especialista en Angiología, no se solicitó valoración por Cirugía General o en su defecto solicitar que fuera referido a otra unidad de ese instituto, que contara con el personal médico idóneo para valorar y tratar a V, lo que condicionó un retraso en la valoración e inicio del tratamiento, que como refiere la especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, ocasionó que el pie diabético continuara con su historia natural, favoreciendo a la aparición de complicaciones como la sepsis, el choque séptico y la descompensación de las enfermedades de las cuales era portador, produciendo su deterioro y posterior fallecimiento.

64. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud,

mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas mencionadas como AR omitieron realizar.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRÓNICAS

65. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 67 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 del IMSS.

66. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad al “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”¹⁹. 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.

67. 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.”

²⁰

68. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y

¹⁹ 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, Nueva York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24. Y CNDH, Recomendación 23/2020, p. 22.

²⁰ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

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.

69. 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."

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

71. A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión lenta”.²¹ 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.²²

72. 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.²³

73. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal 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.²⁴

74. Así, la diabetes es definida como aquella “enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”²⁵

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

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

23 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.

24 CNDH. Recomendaciones 82/2019, 23/2020 y 100/2022.

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

75. El Informe Mundial sobre la Diabetes, de la OMS, indica que dicho padecimiento “puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”²⁶

76. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes²⁷, 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.²⁸

77. 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 éstos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.²⁹

78. En el presente caso, se advirtió de acuerdo con lo registrado en el expediente clínico proporcionado a este Organismo Nacional, que V contaba con 67 años de edad, padecía diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica enfermedad renal crónica en su última etapa de gravedad, con tratamiento sustitutivo de la función renal basado en hemodiálisis.

79. Con base en lo anterior, el personal médico del HGR-1 del IMSS, debieron tomar en cuenta que en el caso de V, se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que, era adulto mayor y padecía diversas enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, por tanto, su atención tenía que

²⁶ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

²⁷ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...”; op. cit.

²⁸ Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud, con el siguiente link: https://cenetecdifusion.com/gpc-sns/?page_id=5223.

²⁹ CNDH. Recomendaciones 52/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018, 100/2022, entre otras.

ser preferente, prioritaria e inmediata; sin embargo AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, personal médico del HGR-1, no realizaron todos los actos necesarios para brindar a V la atención adecuada, ocasionando que el pie diabético continuara con su historia natural favoreciendo a la aparición de complicaciones, produciendo su deterioro y posterior fallecimiento como se describe y analiza en el apartado siguiente.

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

80. El artículo 6°, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que: “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información” y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

81. 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 salud³⁰.

82. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, 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”.³¹

83. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que, “la debida integración de un expediente o historial clínicos 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”.³²

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

³⁰ CNDH. Recomendación 5/2021, párr. 64; 43/2020, párr. 68; 35/2020 párr. 111; 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

³¹ 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.

³² CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

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

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 la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³³

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 Norma Oficial, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento

³³ CNDH, Recomendación 5/2021 párr. 68, 46/2020 párr. 72, 16/2020 párr. 69; 23/2020 párr. 96, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29.

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

D.1 INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

89. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico como fue en el caso de V , constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones, entre otras, la 100/2022, 94/2022, 92/2022 y 130/2021, se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

90. No obstante, de las Recomendaciones emitidas por la CNDH, el personal médico, en algunos de los casos, persiste en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

91. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada Norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

92. En el expediente clínico de V enviado a revisión del especialista médico legal de esta Comisión Nacional, advirtió que AR5, no fue posible identificarlo, debido a que omitió colocar su nombre, cargo y cedula profesional legible; se observa que existió inobservancia a las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

92.1 NOM-206-SSA1-2002³⁴; ya que V permaneció en el servicio de Urgencias del 18 al 20 de diciembre de 2019 (3 días), sin una causa específica atribuible a manejo en ese servicio.

92.2 La NOM-003-SSA3-2010, ya que no se registraron las características del V en la sesión de hemodiálisis del 21 de diciembre de 2019³⁵.

92.3 la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la ausencia de indicaciones médicas y hojas de enfermería del 20 al 23 de diciembre de 2019³⁶.

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

E. RESPONSABILIDAD

94. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención

³⁴ Los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

³⁵ Corresponderán al personal profesional y técnico las siguientes funciones: 5.4.1. Valorar la condición del paciente previo al inicio de la hemodiálisis; 5.4.2. Vigilar el tratamiento de hemodiálisis de acuerdo con las condiciones del enfermo y las indicaciones médicas; 5.4.3. Punción, conexión y desconexión de fístulas, injertos o catéteres; 5.4.4. Registrar en la hoja de seguimiento los siguientes datos: 5.4.4.1. Peso del paciente pre y post-diálisis; 5.4.4.2. Presión arterial pre, trans y post-diálisis; 5.4.4.3. Temperatura pre y post-diálisis; 5.4.4.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post-diálisis; 5.4.4.5. Verificar heparinización, tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración; 5.4.4.6. Los signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. 5.4.5. Cuidados del acceso vascular pre, trans y post-hemodiálisis; 5.4.6. Mantener el equipo de reanimación cardiopulmonar en óptimas condiciones; 5.4.7. Participar en la visita médica; 5.4.8. Proporcionar los cuidados que requiera cada paciente y vigilar que el procedimiento de hemodiálisis cumpla con la prescripción del médico nefrólogo tratante.

³⁶ Contraviene a lo señalado en la ya citada NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, respecto a la elaboración de dichas documentales diariamente durante la hospitalización.

médica que proporcionaron a V, tal como quedo acreditado en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas, por las omisiones y conductas descritas, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida.

E.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

95. De acuerdo con la opinión médica emitida por personal de este Organismo Autónomo, se concluyó que durante la atención médica que le proporcionaron a V, en HGR-1, existió inobservancia a las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

95.1 NOM-206-SSA1-2002, 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; ya que V permaneció en el servicio de Urgencias del 18 al 20 de diciembre de 2019 (3 días), sin una causa específica atribuible a manejo en ese servicio.

95.2 NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis; ya que no se registraron las características de V en la sesión de hemodiálisis del 21 de diciembre de 2019.

95.3 NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, respecto a la ausencia de indicaciones médicas y hojas de enfermería del 20 al 23 de diciembre de 2019. Las inobservancias descritas en los párrafos pasados no contribuyeron en el deterioro de V.

96. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica, el diagnóstico, tratamiento oportuno y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

97. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente Recomendación con base en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

98. Las omisiones en las que incurrió personal del HGR-1, transgredieron lo dispuesto en el artículo 1º constitucional, el cual señala que “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”.

99. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen 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.

100. Cuando el Estado incumple 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.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

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

102. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I y último párrafo; 126, fracción VIII; 130 y 131, de la Ley General de Víctimas; así como 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2016, y del “Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el otorgamiento de Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral (RAARI) a personas en situación de víctimas” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de marzo de 2021, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V, se deberá inscribir a Q, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

103. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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

a) MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

105. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

106. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas; 1º, 4, 8 y 22 de la Ley de Víctimas del Estado de Yucatán, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, se deberá brindar, en caso de que Q y VI lo requieran, atención psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, con provisión de los medicamentos convenientes a su situación, de forma continua hasta que alcance su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V, que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

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

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

b) MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

109. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 26, 27, fracción III, 64 de la Ley General de Víctimas, 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.*

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

111. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, una vez que esta última emita el dictamen respectivo, deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q, y VI por la mala práctica médica 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.

c) MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

112. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 26, 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.

113. 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 denuncia administrativa 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.

d) MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

114. Estas se encuentran contempladas en los artículos 26, 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

115. Es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral dirigido al personal directivo y médico del HGR-1, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos; derecho a la protección a la salud; derecho a la vida; Guía de Práctica Clínica para el Manejo Integral del Pie Diabético en adultos en el segundo nivel de atención; Guía de Referencia rápida, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica; Guía de Referencia rápida de práctica clínica valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto; Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la sepsis grave y choque séptico en el adulto; Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de primer contacto en los servicios de Urgencias Adultos para el segundo y tercer nivel, y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-

SSA3-2012, “Del expediente clínico”, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia.

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

117. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y con las evaluaciones que se apliquen al personal que los reciban en las cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

118. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

119. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del HGR-1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución.

120. También deberán emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, una circular dirigida al personal directivo y médico del HGR-1, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten con diligencia, su actualización, experiencia,



conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con diligencia.

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

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a Q, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causados a Q y VI que incluya una compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, 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 con el Órgano Interno de Control en el IMSS, ampliamente en el seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por los actos y/u omisiones precisadas en el apartado de 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 el seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable por los hechos presuntamente constitutivos de delito cometidos durante la atención de V, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Diseñe e imparta en un término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal directivo y médico del IMSS involucrado en la atención brindada a V, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, derecho a la protección a la salud, derecho a la vida, Guía de Práctica Clínica para el Manejo Integral del Pie Diabético en adultos en el segundo nivel de atención, Guía de Referencia rápida, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica, Guía de Referencia rápida de práctica clínica valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la sepsis grave y choque séptico en el adulto, Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de primer contacto en los servicios de Urgencias Adultos para el segundo y tercer nivel, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico", y la Norma Oficial NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; asimismo, deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su impartición, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite 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 del HGR No. 1, 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 el cumplimiento y del resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire las instrucciones correspondientes para que en el término de un mes, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal directivo y médico del HGR-1, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

123. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.



124. 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.

125. 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.

126. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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