



RECOMENDACIÓN No. 49 /2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 197 DEL IMSS, EN TEXCOCO, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 26 de octubre de 2020.

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/8730/Q**, relacionado con el caso de V.

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 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 y 3, 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, 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 deber 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:

CLAVE	SIGNIFICADO
Q	Quejoso
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

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

NOMBRE	ACRÓNIMO
Hospital General de Zona número 197 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Texcoco, Estado de México.	HGZ-197
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.	NOM-Para la práctica de la hemodiálisis
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS.

5. El 1 de septiembre de 2019, V, mujer de 58 años de edad, acudió al área de Urgencias del HGZ-197, debido a que presentaba un cuadro clínico de un día de evolución, caracterizado por “*disnea*”¹ de mínimos esfuerzos, ataque al estado general, *astenia*², *adinamia*³, mareo, *edema*⁴ de miembros pélvicos y escalofríos, permaneciendo hospitalizada hasta el 17 del mismo mes y año, por mejoría clínica, toda vez que el 10 de septiembre de 2019 se le colocó un catéter para diálisis peritoneal.

6. El 21 de septiembre de 2019, V nuevamente acudió al servicio de Urgencias del HGZ-197, ya que padecía sensación de falta de aire, dolor de la región dorsal, astenia y adinamia, estableciéndose en ese servicio que presentaba “**...retención hídrica y datos de uremia...**”, por lo que se indicó como tratamiento el manejo de diálisis peritoneal e ingreso a hospitalización en el servicio de Medicina Interna.

7. El 25 de septiembre de 2019, Q1 presentó queja ante este Organismo Nacional, debido a que hasta esa fecha, V no había recibido tratamiento de diálisis o hemodiálisis por parte del HGZ-197, pese a que desde el 21 del mismo mes y año se había determinado la necesidad de brindarle tratamiento de diálisis peritoneal; por otra parte el mismo 25 de septiembre, Q2, presentó queja por los mismo hechos ante la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, la cual por razón de competencia fue remitida a este Organismo Nacional.

¹ Síntoma subjetivo, traduciendo sensaciones cualitativamente distintas y de intensidad variable, que se engloban bajo la percepción global de dificultad para respirar, falta de aire o ahogo.

² Sensación de debilidad y falta de vitalidad generalizada, tanto física como intelectual, que reduce la capacidad para trabajar e incluso realizar las tareas más sencillas

³ Síntoma que produce debilidad muscular con fatiga fácil; puede ser caracterizado por la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración. Las causas pueden ser físicas o psicológicas. Falta o pérdida de la fuerza vital normal

⁴ Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo



8. El mismo 25 de septiembre de 2019, personal de este Organismo Nacional realizó gestiones con el IMSS para que se brindara atención médica oportuna a V, sin embargo, mediante comunicación telefónica del 26 de septiembre de 2019, Q1 informó que V, había fallecido en el HGZ-197 ya que, a su parecer, no fue atendida oportunamente.

9. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/5/2019/8730/Q**, y a fin de documentar las presuntas violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Acta Circunstanciada de 25 de septiembre de 2019, en la que consta la comunicación telefónica mediante la cual Q1 presentó queja ante este Organismo Nacional en favor de V.

11. Acta circunstanciada de 25 de septiembre de 2019, en la que se certifican las gestiones llevadas a cabo por personal de este Organismo Nacional ante servidores públicos del IMSS a efecto de que se brindara atención el caso planteado por Q1.

12. Acta circunstanciada de 25 de septiembre de 2019, en la que consta la comparecencia Q2, ante personal de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, ocasión en la que presentó queja en favor de V.

13. Oficios 095217614C21/3407 y 095217614C21/3415, ambos de 25 de noviembre de 2019, suscritos por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a los que se adjuntó copia del informe rendido por Director del HGZ-197, así como del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica brindada a V en ese nosocomio, del que destacan las siguientes constancias:

13.1. Formato Triage⁵ y Nota Inicial del servicio de Urgencias elaborada y firmada, el 1 de septiembre de 2019, por AR1 en la que se establece como diagnóstico de padecimiento de V: *“Enfermedad renal crónica, etapa 5... IRC (insuficiencia renal crónica) en hemodiálisis-Uremia...”*

13.2. Nota médica de egreso de 2 de septiembre de 2019, elaborada y firmada por AR2, en el que se establece como diagnóstico *“Enfermedad renal crónica en hemodiálisis, síndrome urémico, hiperkalemia, anemia renal, diabetes mellitus 2 autocontrolada e hipertensión arterial sistémica controlada”*, y decide su hospitalización al servicio de Medicina Interna.

13.3. Nota médica de valoración en Nefrología de 2 de septiembre de 2019, elaborada y firmada por SP1 en la que se indicó: *“...pasa a hemodiálisis a las 16:30 horas...”*.

13.4. Nota médica del servicio de hemodiálisis elaborada y suscrita por SP1 en la que se establece: *“...se solicita HD de apoyo... se conecta a riñón con UF (ultra filtración) 1.3 litros sin complicaciones... favor de protocolizar para Tenckhoff, cuenta con cavidad útil. Tomar labs y solicitar HD de apoyo de acuerdo a requerimiento. Grave con mal pronóstico...”*.

13.5. Nota médica de 9 de septiembre de 2019, elaborada y suscrita por SP2, en la que se hizo constar que V fue valorada por el servicio de Cirugía General e ingresó a piso de medicina interna.

13.6. Nota Postoperatoria de 10 de septiembre de 2019, elaborada por SP3, quien mencionó que instaló un catéter Tenckhoff, a V sin que se presentaran complicaciones.

⁵Formato que contiene 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.

13.7. Nota de ingreso a medicina interna, elaborada y firmada por SP4 en la que se estableció: “..... *Paciente con colocación de catéter de diálisis, sin datos de sangrado de herida, con mejoría...*”.

13.8. Nota de egreso del 17 de septiembre de 2019, suscrita por SP5 quien estableció los diagnósticos de egreso de ese nosocomio de V.

13.9. Formato Triage y Nota Inicial del servicio de Urgencias de 21 de septiembre de 2019, firmada por AR3 en la que consta que V, acudió en esa fecha por presencia de sensación de falta de aire, además de dolor dorsal astenia⁶ y adinamia⁷.

13.10. Nota médica de 21 de septiembre de 2019, elaborada por AR1, en la que asentó que V se encontraba en diálisis peritoneal a requerimiento, con indicación para manejo dialítico y que se estaba a la espera de contar con espacio en Medicina Interna para brindarle el tratamiento correspondiente.

13.11. Nota Médica de Evolución de 22 de septiembre de 2019, suscrita por AR4, en la que estableció que V presentaba retención hídrica, sx (síndrome) urémico y ameritaba ingreso a piso de diálisis, reportándola en estado muy delicado no exento de complicaciones.

13.12 Nota médica de evolución de 22 de septiembre de 2010, elaborada y firmada por AR5, en la que hizo constar que V, estaba pendiente de ingresar a piso de diálisis.

13.13. Nota médica de evolución de 23 de septiembre de 2019, signada por el AR6 en la que hizo constar las condiciones de salud de V.

⁶ EDEMA

⁷ Síntoma que produce debilidad muscular con fatiga fácil; puede ser caracterizado por la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración. Las causas pueden ser físicas o psicológicas. Falta o pérdida de la fuerza vital normal



13.14. Nota médica de evolución de 24 de septiembre de 2019, firmada por AR7, quien asentó que estaba a la espera del ingreso de V a piso “...para abrir diálisis peritoneal...”.

13.15. Nota de Egreso del servicio de Urgencias de 24 de septiembre de 2019, signada por AR2, indicando que V se reportaba muy grave, con alto riesgo de manejo avanzado de la vía aérea y que ingresaba a piso de Medicina Interna.

13.16. Notas de Evolución de 24 y 25 de septiembre de 2019, elaboradas por AR6, SP6 y SP7, todos del servicio de Urgencias, en las que registraron las condiciones graves en que advirtieron a V.

13.17. Nota de Egreso de servicio de Urgencias de 25 de septiembre de 2019, firmada por SP7 quien asentó como causa de egreso de V de ese servicio, que ésta presentó paro respiratorio irreversible, falleciendo a las 11:40 de ese día síndrome urémico, 08 días; enfermedad renal estadio 5, 6 meses; diabetes mellitus tipo 2, 02 años; hipertensión arterial, 02 años.

14. Dictamen médico de 13 de marzo de 2020, emitido por un especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, respecto de la atención brindada a V en el HGZ-197.

15. Actas circunstanciadas de 4 y 14 de septiembre de 2020, con las cuales personal de este Organismo Nacional certificó la vista del informe de autoridad que se le brindó a Q1 y Q2.

16. Acta circunstanciada de 6 de octubre de 2020, en la cual se certificó la recepción del correo electrónico enviado por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que se adjuntó la resolución de la QM, de 4 de febrero de 2020, por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de ese Instituto.



17. Acta circunstanciada de 8 de octubre 2020, en que personal de este Organismo Nacional certificó la recepción del correo electrónico remitido por el Órgano Interno de Control en el IMSS, mediante el cual se brindó información acerca de la tramitación del expediente de investigación (EI) radicado en esa instancia.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 25 de septiembre de 2019, Q1 presentó queja vía telefónica ante este Organismo Nacional; en esa misma fecha, Q2 presentó queja por comparecencia en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, la cual por razón de competencia fue remitida a esta Institución Nacional.

19. El 4 de febrero de 2020, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, determinó que la QM era procedente desde el punto de vista administrativo y resolvió dar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS, instancia que, el 25 de marzo de presente año, inició el expediente de investigación (EI) que, a la fecha del presente pronunciamiento, se encuentra en trámite.

20. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de carpeta de investigación relacionada con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES.

21. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2019/8730/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como de los criterios jurisprudenciales 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, por inadecuada atención médica y que contribuyó al deterioro del estado de salud de V, teniendo como consecuencia su fallecimiento, atribuible a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, así mismo, violación al derecho a la información en materia de salud en agravio de V, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la protección de la salud.

22. 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 nivel⁸.

23. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁹.

24. El numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, 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*

⁸ CNDH, Recomendaciones 45/2020, párr. 21; 44/2020, párr. 21; 43/2020, párr. 18; 35/2020 párr. 33; 34/2020, párr. 79; 23/2020, párr. 36; 16/2020, párr. 31, 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22, entre otras.

⁹ *“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.

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

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

26. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección¹⁰ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud y su protección, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, por lo que, para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

27. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y 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, aceptabilidad, y calidad”*¹¹

28. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, esta Comisión Nacional ha señalado que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus*

¹⁰*“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. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 45/2020, párr. 25; 44/2020, párr. 27; 42/2020, párr. 23; 35/2020, párr. 37; 34/2020, párr. 85; 23/2020, párr. 40; 16/2020, párr. 36; entre otras.

¹¹CNDH. Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la Salud”*, párr. 24.

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". La protección a la salud "(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud." Se advirtió, además, 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".

29. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que V, contaba con 58 años de edad al momento de ocurrir los hechos, era derechohabiente del IMSS y recibía atención médica en el HGZ-197 en la ciudad de Texcoco, Estado de México, debido a que presentaba "*enfermedad renal crónica*", por lo que en un primer ingreso, el 1 de septiembre de 2019, acudió al servicio de Urgencias de ese nosocomio al presentar un cuadro clínico de un día de evolución, caracterizado por "*disnea*"¹² de mínimos esfuerzos, ataque al estado general, *astenia*, *adinamia*, mareo, edema de miembros pélvicos y escalofríos.

30. Al interrogatorio realizado por el AR1 encargado de ese servicio, se conocieron los siguientes antecedentes personales patológicos de V: Diabetes mellitus tipo 2, de tres años de diagnóstico, sin manejo médico farmacológico (autocontrol); hipertensión arterial sistémica, de tres años de diagnóstico, en tratamiento farmacológico a base de nifedipino 300 mg cada 12 horas e insuficiencia renal crónica, de 8 meses de diagnóstico en hemodiálisis extrahospitalaria.

¹² Síntoma subjetivo, traduciendo sensaciones cualitativamente distintas y de intensidad variable, que se engloban bajo la percepción global de dificultad para respirar, falta de aire o ahogo.

31. Además, se advirtió que, a su ingreso no había tenido sesión de hemodiálisis por un periodo de ocho días, debido a la incapacidad de continuar pagando el servicio privado. Por tal motivo, decidió acudir a esa unidad médica del IMSS, HGZ-197.

32. A la exploración física realizada por AR1 se describió que V presentaba desorientación, polipneica¹³, con datos de desnutrición, regular estado de hidratación, disminución de la fuerza muscular y oximetrías de pulso de 90%. El abdomen se observó globoso y sin datos de problema a nivel peritoneal. Las extremidades presentaban edema y con pulsos distales disminuidos. El diagnóstico clínico integrado fue: “...*Enfermedad renal crónica, etapa 5 / Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis-Uremia...*”, solicitando la realización de estudios auxiliares.

33. A las 09:27 horas se reportaron los resultados de los estudios de laboratorio, corroborando daño a nivel de la función renal con aumento en las cifras de urea y creatinina; así como desequilibrio hidroelectrolítico por aumento en las cifras de potasio sérico (hiperkalemia) y anemia (hemoglobina de 7.4 g/dL).

34. Por lo anterior, AR2, decidió su hospitalización a cargo de Medicina Interna bajo los diagnósticos de: “... *Enfermedad renal crónica en hemodiálisis, síndrome urémico, hiperkalemia, anemia renal... Diabetes mellitus 2 autocontrol e hipertensión arterial sistémica controlada...*”. A las 16:00 horas del mismo 2 de septiembre de 2019 existe una nota médica del servicio de Nefrología, en donde SP1 refiere “...**pasa a hemodiálisis a las 16:30 h...**”.

35. El 2 de septiembre de 2019 a las 18:23 horas se realizó a V terapia de hemodiálisis en el servicio de Nefrología, bajo la atención de SP1, quien la refirió sin complicaciones, y sugirió la posibilidad de un cambio en la modalidad de la terapia de reemplazo de la función renal, por lo que solicitó el inicio del “*protocolo para la*

¹³ Signo y síntoma clínico que consiste en el aumento de frecuencia y volumen inspiratorio durante la respiración. Es producido por la asociación de dos síntomas (taquipnea e hiperpnea) debido a la estimulación del centro respiratorio. Como resultado de un estímulo determinado, las respiraciones se hacen más rápidas y profundas.

colocación de catéter para diálisis peritoneal o Tenckhoff". Indicó estudios de laboratorio y mencionó que, de acuerdo a los requerimientos de la paciente, se podría brindar el apoyo de dicho servicio para nuevas sesiones hemodialíticas.

36. El 9 de septiembre de 2019, V fue valorada por SP2 del servicio de Cirugía General e ingresó a piso de medicina interna. Posteriormente, para el día 10 de septiembre de 2019, según consta en la "*nota postoperatoria*", elaborada por SP3 se realizó la colocación quirúrgica del catéter, sin reportarse complicaciones trans ni post-operatorias. El día 12 de septiembre del mismo año, a las 19:20, se cuenta con la "*nota de ingreso al servicio de Medicina Interna*", suscrita por SP4 en la que se asentó que V presentaba mejoría.

37. El 17 de septiembre de 2019, se tiene evidencia del alta hospitalaria de V instruida por SP5, quien precisó que clínicamente mostraba mejoría, por lo que se decidió su egreso hospitalario con cita a los 8 días para nueva sesión de diálisis.

38. Sin embargo, el 21 de septiembre de 2019, a las 03:00 horas, V presentó sensación de falta de aire, dolor de la región dorsal, astenia y adinamia, por lo que sus familiares decidieron trasladarla de nueva cuenta al servicio de Urgencias del HGZ-197, donde fue atendida por AR3, quien refirió que V se mostraba despierta, reactiva a estímulos, con adecuada hidratación y sin datos clínicos de dificultad respiratoria, pero era evidente un edema¹⁴ en miembros inferiores. Los catéteres los refirió funcionales y sin alteración e indicó su ingreso al área de observación solicitando toma de muestras para estudios de laboratorio y radiografía de tórax.

39. Para las 11:04 horas del mismo 21 de septiembre de 2019, AR1, manifestó que V presentaba "***...retención hídrica y datos de uremia...***", comentando la necesidad de manejo de diálisis peritoneal e ingreso a hospitalización a cargo de Medicina Interna. Cabe mencionar que desde este momento AR1 dio a conocer la falta de espacio físico para la atención de V en Medicina Interna.

¹⁴Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

40. El 23 de septiembre de 2019 aún no se había realizado la sesión de diálisis peritoneal, y de acuerdo con las notas de evolución de 22 y 23 de septiembre del mismo año, firmadas por AR4, AR5 y AR6, todos del servicio de Urgencias, se advirtió que V presentó deterioro progresivo con aparición de más signos y síntomas característicos de síndrome urémico, y datos de proceso infeccioso a nivel del catéter de hemodiálisis.

41. A pesar de que AR2, elaboró la “*nota de egreso*” de 24 de septiembre de 2019, para pasar a hospitalización a cargo de Medicina Interna, éste advirtió que V presentaba un alto riesgo de manejo avanzado de la vía aérea, lo cual informó a sus familiares.

42. En la nota de evolución del 24 de septiembre de 2019, suscrita por AR6, se describió a V con “*mayor compromiso general, con deterioro neurológico por uremia e hipoglucemia refractaria, tendencia a la hipotensión, séptica con foco infeccioso en tejidos blandos en la zona de punción del catéter (yugular), respiración superficial y desequilibrio hidroelectrolítico por hiperkalemia*”.

43. Al respecto, el especialista de esta Comisión Nacional indicó que en términos generales ya se contaba con criterios para el inicio de apoyo avanzado de la vía aérea a través de intubación y ventilación mecánica, sin embargo, dicho manejo no fue aceptado por los familiares, de conformidad con lo establecido en la fracción IX del artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud; así como en los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

44. Asimismo, en la referida nota de 24 de septiembre de 2019, elaborada por AR6, también se expresó la “***necesidad URGENTE de diálisis peritoneal***”, con posibilidad, ante la falta de espacio físico en servicio de diálisis, de llevar a cabo el tratamiento en el servicio de urgencias, en donde permanecía V.

45. A través de la nota médica de evolución del día 24 de septiembre de 2019 a las 22:52 horas, SP6, asentó que a las 01:45 horas de ese día, se le realizó a V sesión hemodialítica de urgencia indicada por el servicio de Nefrología (hemodiálisis), cursando durante dicha sesión con cuadro de hipotensión severa requiriendo de administración de fármaco vasopresor (norepinefrina) con la finalidad de revertirlo.

46. Posteriormente y ya en el servicio tratante, continuó en malas condiciones generales, con deterioro de su estado neurológico, por lo que se insistió en recabar consentimiento para el manejo avanzado de la vía aérea, sin éxito.

47. A las 11:15 horas del 25 de septiembre de 2019, según la “*nota de egreso*” de ese servicio, suscrita por SP7, se registró paro respiratorio y posteriormente cardíaco, requiriendo de maniobras habituales de reanimación cardiopulmonar, sin lograr revertir ese proceso, por lo que se declaró el fallecimiento de V a las 11:40 horas del mismo día por “**...síndrome urémico, enfermedad renal crónica en estadio 5, Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial...**”.

48. En la opinión del especialista en medicina de este Organismo Nacional, se señaló que desde el punto de vista médico legal, la atención otorgada a V en el servicio de Urgencias del HGZ-197, correspondiente a su último internamiento (del 21 al 25 de septiembre de 2019) y en la que participaron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 AR6 y AR7, fue inadecuada para su padecimiento, por haber omitido solicitar la interconsulta oportuna al servicio de Nefrología, con la finalidad de brindar tratamiento temprano de hemodiálisis, incumpliendo con ello lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-Para la práctica de la hemodiálisis, la cual refiere en su numeral 5.3 y correlativos que: “*...quedará a cargo del médico especialista en nefrología: prescribir el tratamiento de hemodiálisis... así como utilizar y vigilar las vías de acceso vascular temporal o permanente...*”.

49. Aunado a ello, respecto al tratamiento de diálisis peritoneal, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 AR6 y AR7 expresaron la falta de espacio físico como motivo de no haberlo brindado a V; no obstante, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 74 establece que *“...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...”*.

50. Por lo anterior, el especialista de esta Comisión Nacional precisó que la citada negligencia radica en que ante la imposibilidad del manejo de diálisis peritoneal por falta de *“espacio físico”* en HGZ-197, se omitió efectuar los trámites administrativos necesarios para el traslado de V a otra unidad médica que pudiera brindarle tratamiento adecuado, concluyendo que tal omisión sí contribuyó al deterioro de su estado de salud y en su posterior fallecimiento.

51. Asimismo, puntualizó que se advierte negligencia por omisión, toda vez que había la posibilidad de manejar el caso médico de V con ambas modalidades de diálisis, ya que se contaba con los accesos para esos tratamientos, es decir, presentaba catéter para hemodiálisis (*Mahurkar*) y catéter para diálisis peritoneal (*Tenckhoff*).

52. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, del servicio de Urgencias del HGZ-197, transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, por haber omitido brindar el tratamiento médico oportuno de diálisis peritoneal o hemodiálisis a V, y por no realizar los trámites para transferirla a otra institución o nosocomio para su debida atención, lo cual deterioró su estado de salud contribuyendo en su fallecimiento.

B. Situación de vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas.

53. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona con padecimiento de enfermedades crónicas, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa condición, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que V debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HGZ-197.

54. 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.

55. La CrIDH, ha sostenido que los Estados *“[...] tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”*.¹⁶

56. 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*

¹⁵Organización 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; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, p. 24.

¹⁶ CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”¹⁷

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

58. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.¹⁸ 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.¹⁹

59. 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.²⁰

60. De igual manera, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha señalado 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, por que tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para

¹⁷Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

¹⁸OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹⁹OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

²⁰IMSS, “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

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.²¹

61. 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.”*²²

62. El 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. 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.”*²³

63. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, se cuenta con la NOM-Sobre Diabetes, 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.²⁴

²¹CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28; 16/2020, párr. 24.

²²Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, numeral 3.20.

²³Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6

²⁴Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud consultable en el siguiente link http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=1939

64. Cabe decir que esta Comisión Nacional también ha documentado y acreditado 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 ellos diabetes gestacional, así como desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.²⁵

65. Del análisis de lo anterior, se advierte que es obligación de todas las autoridades mexicanas el garantizar a todas las personas el máximo respeto a sus derechos humanos, en el caso específico el de la protección de la salud de V, en su calidad de persona portadora de una enfermedad crónica grave, diabetes mellitus tipo 2.

66. Al respecto, desde el punto de vista emitido por el especialista en medicina legal de este Organismo Nacional AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, que atendieron a V los días 21, 22 y 24 de septiembre de 2019, pasaron por alto la máxima diligencia en la atención médica que le debieron brindar, al no realizarle una valoración integral y exhaustiva en su calidad de persona portadora de diabetes mellitus tipo 2, lo que en si mismo, era un factor de riesgo, que, a la postre repercutió en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente las manifestaciones clínicas que presentó, mala práctica médica que contribuyó al deterioro de su estado de salud, y posterior fallecimiento.

C. Derecho a la vida.

67. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia por omisión, descritas en los párrafos que anteceden, esta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la mejoría en el estado de salud de V, lo cual tuvo como consumación la falta del tratamiento oportuno, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

²⁵CNDH. Recomendaciones 42/2020; 35/2020; 34/2020; 23/2020; 16/2020; 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018, entre otras.

68. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

69. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁶, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

70. Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”*²⁷.

²⁶ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

²⁷ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24.

71. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.²⁸

72. 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 y AR7, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

73. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo a su vez con lo dispuesto en el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

74. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación,

²⁸ CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 80 y 75/2017, párr. 61.

incurrieron en una falta de atención adecuada y oportuna a su padecimiento, que en el caso ameritaba el procedimiento de diálisis o hemodiálisis, por lo que su estado evolucionó con la imposibilidad de brindar el tratamiento específico a la patología, contribuyendo en el deterioro del estado de salud de V y en su fallecimiento.

D. Responsabilidad Institucional.

75. Además de las responsabilidades en que incurrieron de manera individual AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al HGZ-197, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en dicho nosocomio prevaleció una problemática que desarrolló y propició la violación a derechos humanos, a la protección de la salud de V, dando lugar a una responsabilidad institucional.

76. De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se señala que *“en los establecimientos de atención médica, deberá contarse con personal suficiente e idóneo, así como con recursos físicos, tecnológicos y humanos”* (artículos 21 y 26).

77. En el mismo sentido, dicho Reglamento en su artículo 74, establece: *“...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”*.

78. En ese sentido, en el presente caso, se advirtió que en las notas médicas suscritas los días 21, 22 y 24 de septiembre de 2019, por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, del servicio de Urgencias del HGZ-197, en relación con la diálisis peritoneal que V requería, todos expresaron la falta de espacio físico para poder realizársela, con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, ante la imposibilidad del manejo de diálisis peritoneal a favor de V por falta de un espacio adecuado para ello.

79. En efecto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V, y las irregularidades señaladas en los párrafos precedentes, debido al incumplimiento por parte del IMSS de dotar al HGZ-197 de espacio físico suficiente y personal capacitado lo que constituyó transgresión a las obligaciones convencionales de garantizar el disfrute del derecho a la protección de la salud en su nivel más alto posible, en atención los principios de disponibilidad y calidad que deben regir durante la prestación de servicios de salud.

80. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo estos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *“establecimientos públicos de salud”*, no puede faltar *“personal médico y capacitado”* y respecto a la calidad, se establece *“...además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad...”*

81. En el mismo tenor resulta aplicable la jurisprudencia de la CrIDH, que en el caso *“Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”* determinó que: *“...los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida... (...) de las personas sometidas a tratamiento de salud”*.²⁹

82. Por su parte, la SCJN³⁰ ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4° Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos, como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

²⁹ *“Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”*. Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 99.

³⁰ Registro No. 2 007 938.Tesis: 2a. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

Sociales y Culturales, derecho que para el Estado representa *“la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.”*

83. En ese sentido, la omisión brindar atención médica especializada a V, sea por la falta de espacio físico o por la omisión de transferirla a otra institución del sector, implica responsabilidad institucional para el IMSS pues contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, toda vez que no se le garantizó una atención médica profesional y de calidad, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.

84. Así también, la falta de acciones por parte del personal médico adscrito al HGZ-197, constituyó transgresión a los artículos 2°, fracciones I, II y V, 23, 32, 33, fracción II, y 51, de la Ley General de Salud, que establecen el derecho de todo paciente a que se proteja su salud mediante la obtención de una atención oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable. De igual manera, la omisión señalada evidenció incumplimiento a la obligación que tiene toda autoridad de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

E. Derecho a la información en materia de salud

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

86. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.³¹

87. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*³²

88. 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 clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³³

89. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente Clínico advierte que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los*

³¹ CNDH. Recomendación 16/2020 párr. 64; 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

³² 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.

³³ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

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.”

90. 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.

91. 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.³⁴

92. 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

³⁴CNDH, Recomendación 45/2020, párr. 93; 44/2020, párr. 64; 42/2020, párr. 62; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 16/2020, párr. 69; 23/2020, párr. 96, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 1/2019, 3/2019, 8/2019, 21/2019, 26/2019, 16/2020, 23/2020, 35/2020, 42/2020, 43/2020 y 45/2020.

93. Bajo ese supuesto, y del análisis realizado al expediente clínico de V, se advierte la ausencia de “*Notas de Evolución*” correspondientes al periodo post-operatorio de colocación de catéter Tenckhoff, tanto en el servicio de observación de Urgencias, como en hospitalización, que correspondía al periodo comprendido del 10 al 17 de septiembre de 2019.

94. Al respecto, la mencionada NOM-Del Expediente Clínico, establece en su numeral 7.2, que las notas médicas en el servicio de urgencias “...**deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente...**”, y en lo que respecta a las notas de evolución en hospitalización, referida en el numeral 8.3, se menciona que deberá realizarse “...**cuando menos, una vez al día...**”.

95. La idónea integración de los expedientes clínicos es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.³⁵

96. Resulta aplicable en la especie, 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

³⁵CNDH, Recomendaciones 45/2020, párr. 96; 44/2020, párr. 19; 42/2020 párr. 66; 35/2020, párr. 119; 23/2020, párr. 110; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72 y 21/2019, párr. 73, entre otras.

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.

V. RESPONSABILIDAD

97. Como ha quedado acreditado en la presente documento, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, del servicio de Urgencias del HGZ-197, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, toda vez que del periodo comprendido entre el 21 y 25 de septiembre de 2019, omitieron solicitar la interconsulta oportuna al servicio de Nefrología, con la finalidad de brindar tratamiento temprano de hemodiálisis a V, inadvirtiéndolo con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-Para la práctica de la hemodiálisis, la cual refiere en su numeral 5.3 y correlativos que: *“...quedará a cargo del médico especialista en nefrología: prescribir el tratamiento de hemodiálisis... así como utilizar y vigilar las vías de acceso vascular temporal o permanente...”*.

98. Aunado a lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 expresaron la falta de espacio físico como motivo de brindar tratamiento de diálisis peritoneal a V, no obstante, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 74 establece que *“...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...”*.

99. Por lo anterior, ante la imposibilidad del manejo de diálisis peritoneal por falta de *“espacio físico”* en el HGZ-197, tales servidores públicos omitieron elaborar la solicitud para realizar los trámites administrativos necesarios para el traslado de V a otra unidad médica que pudiera brindar el tratamiento que necesitaba.

100. De tal forma que el médico legista adscrito a este Organismo Nacional concluyó que tales omisiones contribuyeron en el deterioro del estado de salud de V y en su

ulterior fallecimiento, lo que consecuentemente significó que no se garantizara el disfrute a su derecho a la protección de la salud en su nivel más alto posible, en atención a los principios de calidad y disponibilidad que deben regir durante la prestación de servicio de salud.

101. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la omisión de elaborar Notas de Evolución del 10 al 17 de septiembre de 2019, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

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

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

103. 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.

104. 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 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir tanto a Q1, Q2, y a los familiares que acrediten el derecho, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

105. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los

principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

a) Rehabilitación.

106. 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”*.

107. Como consecuencia de la pérdida de la vida de V, esta Comisión Nacional determina que se deberá proporcionar a Q1, Q2 y demás familiares que procedan conforme a derecho, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas.

b) Satisfacción.

108. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

c) Medidas de no repetición.

109. Estas 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.

d) Compensación.

110. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida, así como a la información en materia de salud en agravio de V, la autoridad deberá otorgar una compensación.

111. En armonía con lo dispuesto en el artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de conformidad con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, adquieren la calidad de víctimas indirectas Q1, Q2 y quienes evidentemente sufrieron una afectación con motivo de los hechos descritos, por lo que, de conformidad con el citado ordenamiento, tienen derecho a la reparación integral del daño.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a Q1, Q2 y familiares que acrediten el derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue la atención psicológica y



tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en el seguimiento del expediente de investigación (EI) radicado en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social y se remita copia de la presente Recomendación a esa instancia para que conste en dicho expediente y los efectos a que haya lugar; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir, en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico del HGZ-197, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el Estado de México, particularmente del HGZ-197, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.



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

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

113. 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.

114. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

115. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la



Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA