



RECOMENDACIÓN No. 16/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V Y QV, RESPECTIVAMENTE, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 196 DEL IMSS EN ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, A 1 de Julio 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/5/2019/5511/Q, sobre el caso de V y QV.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda 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; 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. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejoso/Víctima
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable

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
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General Regional 196 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México.	HG196
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico"	NOM-Del Expediente
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus"	NOM-Sobre Diabetes



Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención.	Guía de diabetes mellitus tipo 2
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos	Guía de cetoacidosis diabética.

I. HECHOS.

5. El 10 de junio de 2019 se recibió en este Organismo Nacional el escrito de queja de QV, en la que señaló que el 12 de febrero de 2018 acompañó a V al HG196, quien padecía de diabetes mellitus tipo 2 (enfermedad crónico-degenerativa caracterizada por la deficiencia en la producción o acción de la insulina), por presentar debilidad y falta de apetito. En dicha ocasión el personal del área de urgencias que la atendió la diagnosticó con diabetes y depresión, recetándole tratamiento médico ambulatorio e indicándole que quedaba cita abierta para urgencias.

6. A las 19:00 horas del mismo 12 de febrero de 2018, el estado de salud de V empeoró, siendo ingresada a un servicio médico particular, diagnosticándole “*coma*¹ y *cetoacidosis diabéticas*²”. Más tarde V presentó un paro cardíaco y por indicaciones del hospital particular, el 13 de febrero de 2018, de nueva cuenta fue trasladada al área de urgencias del HG196.

7. Del 13 al 24 de febrero de esa anualidad V permaneció hospitalizada en los servicios de urgencias, terapia intensiva y medicina interna del HG196, falleciendo en dicho lugar

¹ Estado mental variable (desde alerta hasta letargo profundo o coma)

² Complicación aguda, por deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos lo cual se manifiesta como acidosis metabólica



como consecuencia de la atención inicial que recibió, al no realizarle los estudios ni diagnósticos correctos.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/5/2019/5511/Q y para documentar las violaciones a los 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.

9. Escrito de queja de 10 de junio de 2019, presentada por QV ante este Organismo Nacional, al que se adjuntaron diversas constancias, de las que destacan:

9.1. Copia del acuerdo dictado por el Consejo Consultivo Delegacional de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS, de 4 de octubre de 2018, en el que se determinó infundado el recurso de inconformidad relacionado con la Queja Médica interpuesta por QV.

9.2. Copia del oficio 15 80 03 540/0011, de 21 de enero de 2019, por el cual se informó a QV que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México Oriente emitió Acuerdo Complementario a través del cual se ratificó la improcedencia, desde el punto de vista médico, de la Queja que presentó.

10. Oficio 09 52 17 61 4C21/1830, de 16 julio de 2019, signado por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a través del cual remitió la siguiente información:

10.1. Anexo 1, el cual contiene resumen clínico pormenorizado de la atención médica brindada a V en el HG196.



10.2. Anexo 2, al cual se adjuntó copia del expediente clínico de V integrado en el HG196, del cual se destaca lo siguiente:

10.2.1. Copia de Triage³ y Nota Inicial de 12 de febrero de 2018, suscrita por AR con motivo de la atención médica proporcionada a V en el área de urgencias del HG196.

10.2.2. Copia de nota médica de 12 de febrero de 2018, emitida por hospital particular en la que se refiere el ingreso de V a esa clínica, en la que se le diagnosticó cetoacidosis diabética severa, deshidratación severa y desequilibrio hidroelectrolítico.

10.2.3. Copia de resumen médico de 23 de febrero de 2018, emitido por hospital particular en el que se detalla la atención médica brindada a V en ese lugar.

10.3. Anexo 3, pronunciamiento médico suscrito por AR respecto de la atención médica brindada a V el 12 de febrero de 2018.

10.4. Anexo 4, copia de la Queja Médica presentada el 14 de mayo de 2018 ante la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS, de la cual se advierte las siguientes resoluciones:

10.4.1. Copia del acuerdo dictado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México Oriente, de 21 de junio de 2018, en el que se resolvió el expediente de Queja Médica como improcedente, desde el punto de vista médico.

³ Concepto médico para clasificar a los pacientes, considerando la urgencia de atención, recursos y necesidades.



10.4.2. Copia del acuerdo complementario dictado por el Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México Oriente, de 6 de diciembre de 2018, en el que se ratifica la improcedencia, de la Queja Médica presentada.

11. Dictamen Médico de 25 de marzo de 2020, emitido por el especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el HG196.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

12. El 14 de mayo de 2018, QV presentó queja ante el Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Subdelegación Ecatepec, derivado de la atención médica proporcionada a V en el HG196, la cual el 21 de junio de ese año fue resuelta como improcedente desde el punto de vista médico, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México Oriente.

13. Inconforme con la resolución, el 17 de julio de 2018, QV interpuso Recurso de Inconformidad ante la Subdelegación Ecatepec y por resolución de 4 de octubre de 2018 el Consejo Consultivo Delegacional de la Delegación Regional Estado de México Oriente decretó en el Resolutivo Primero infundado el acto reclamado consistente en la indemnización solicitada por QV y en Resolutivo Segundo dejó sin efectos el Acuerdo de 21 de junio de 2018 a fin de que la autoridad correspondiente emitiera una nueva determinación en la que se considerarán las documentales que obran en el expediente de queja médica.

14. El 6 de diciembre de 2018 la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México Oriente, en cumplimiento al Recurso de Inconformidad, emitió Acuerdo Complementario a través del cual ratificó la improcedencia, desde el punto de vista médico, de la queja presentada por QV.



15. El 10 de junio de 2019, QV presentó queja en este Organismo Nacional con motivo de la atención médica proporcionada a V en el HG196 y que como consecuencia derivó en su fallecimiento, por lo que se dio inicio al expediente CNDH/5/2019/5511/Q.

16. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia de que se hubiese iniciado procedimiento administrativo o presentado denuncia penal por los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES.

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/5511/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 instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y 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, trayendo como consecuencia su fallecimiento, atribuible a AR; así como el derecho a la información en materia de salud en agravio de QV, en atención a las consideraciones de la presente Recomendación.

18. A continuación se analizará la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas que sufren de enfermedades crónicas graves en México, respecto del derecho humano de protección a la salud.



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

19. 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.”*⁴ 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.

20. 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.”*⁵

21. 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] vulnerab[ilidad].”*

22. 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”*.⁶ 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.⁷

⁴ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, p. 24.

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

⁶ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁷ OMS, *“Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”*, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

23. 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.⁸

24. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera 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 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.

25. 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.”*⁹

26. 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*

⁸ 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.

⁹ Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, numeral 3.20.

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.”¹⁰

27. 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.¹¹

28. Esta Comisión Nacional 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.¹²

29. 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*

30. Desde el punto de vista emitido por el especialista en medicina legal de este Organismo Nacional AR pasó por alto la máxima diligencia en la atención médica que debió brindarle a V, al no realizar una valoración integral y exhaustiva, repercutiendo en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente las manifestaciones clínicas de una cetoacidosis diabética, mala práctica médica que contribuyó al deterioro de su estado de salud, y posterior fallecimiento.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, “*Informe mundial sobre la diabetes*”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹¹ Tales 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

¹² CNDH. Recomendaciones 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018; 49/2017; 9/2017 y 24/2015.



b. Derecho a la protección de la salud.

31. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹³

32. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendida ésta como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades*”¹⁴.

33. En el numeral 1 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 elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*”

34. En ese sentido, la OMS, ha señalado que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los

¹³ CNDH. Recomendaciones 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 73/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

¹⁴ Artículo 1º Bis, Ley General de Salud.



servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras.¹⁵

35. Al respecto, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15 “*Sobre el Derecho a la Protección de la Salud*”, en la que reconoció que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹⁶

36. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,¹⁷ 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, entendiéndola como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

37. En el expediente de queja tramitado ante esta Comisión Nacional, se acreditó que V, persona que presentaba antecedente de diabetes mellitus tipo 2, acudió a las 14:15 horas del 12 de febrero de 2018 al área de urgencias del HG196, por presentar debilidad y falta de apetito, recibiendo atención médica por AR quien en su nota médica registró la presencia de taquicardia y glicemia capilar¹⁸, sin poder conocer la tensión arterial ni la

¹⁵ Declaración del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, de 10 de diciembre de 2017, consultable en <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 19; 73/2018, párr. 25; 1/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 45; 50/2017, párr. 25; 66/2016, párr. 31 y 14/2016, párr. 31

¹⁷ “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” *Semanario Judicial de la Federación*, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 77/2018, p.20; 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

¹⁸ Es aquella medición de glucosa en sangre, que se mide mediante la práctica de un pequeño pinchazo en un dedo para extraer una gota de sangre que luego se coloca en una tira reactiva y se analiza mediante un glucómetro.



frecuencia respiratoria por plasmarse de forma ilegible, además de que fue omiso en medirle la temperatura corporal.

38. Aunado a lo anterior, de la entrevista que AR le realizó a V para conocer sus antecedentes médicos de importancia, supo que contaba con el reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, el cual le fue detectado tres días previos, por lo que se encontraba en tratamiento a base de glibenclamida. Subsecuentemente a la exploración física AR la describió “...consciente, intranquila, con somnolencia... mucosa oral semihidratada...”, diagnosticándole “diabetes mellitus 2 descontrolada con probable estado depresivo”, decidiendo su alta hospitalaria con prescripción de hipoglucemiantes orales (glibenclamida y metformina), hidratación oral y continuidad en su Unidad de Medicina Familiar. También agregó “...cita abierta a urgencias...”.

39. A las 19:00 horas del mismo 12 de febrero de 2018, V presentó un empeoramiento de su estado de salud, razón por la cual fue ingresada a institución médica privada, en donde se le diagnosticó *“cetoacidosis diabética severa, deshidratación severa, desequilibrio hidroelectrolítico... con probabilidad de un proceso infeccioso a nivel urinario, así como daño a nivel cerebral”*.

40. De igual forma, de acuerdo a una constancia médica, durante su breve estancia en ese hospital particular, V presentó paro cardiorespiratorio por dos minutos, recibiendo maniobras de reanimación, y posteriormente, el 13 de febrero de 2018, fue trasladada al HG196.

41. En el dictamen médico emitido por el especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional se indicó que, en referencia al padecimiento de diabetes mellitus es una enfermedad sistémica, de las consideradas crónico-degenerativas caracterizada por la deficiencia en la producción o acción de la insulina. Su diagnóstico se basa en la corroboración de hiperglucemia por medio de laboratorio, es decir, a través de una muestra de sangre venosa en donde se mide la concentración de glucosa en sangre. En



el caso que nos ocupa, según los antecedentes descritos en la nota médica del servicio de urgencias de 12 de febrero de 2018 del HG196, V ya contaba con dicho diagnóstico.

42. En atención a lo previsto en la NOM-Sobre Diabetes, y la Guía de diabetes mellitus tipo 2, dentro del manejo del paciente diabético, otorgado por el primer nivel de atención, se encuentra brindar tratamiento no farmacológico orientado en cambios en el estilo de vida (asistencia de grupos de autoayuda, automonitoreo), tratamiento médico nutricional, y el tratamiento farmacológico a través de hipoglucemiantes orales como la metformina, glibenclamida o acarbosa; todo ello con el objetivo de evitar la aparición tanto de complicaciones crónicas (polineuropatía, nefropatía y pie diabéticos) como complicaciones agudas (estado hiperosmolar hiperglucémico o cetoacidosis diabética); estas últimas consideradas como verdaderas emergencias que requieren de un diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno.

43. Asimismo la NOM-Sobre Diabetes en el punto 3.16 define la Cetoacidosis como “la complicación aguda, por deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos lo cual se manifiesta como acidosis metabólica”.

44. De acuerdo a la bibliografía médica especializada, así como a la Guía de cetoacidosis diabética, el proceso de cetoacidosis diabética evoluciona en un corto periodo de tiempo, menos de 24 horas. Es por ello que, su identificación oportuna permite brindar un tratamiento adecuado, con la finalidad de evitar las complicaciones derivadas del desequilibrio hidroelectrolítico, ácido-base, y el edema cerebral, situaciones que aumentan de manera significativa la mortalidad de la enfermedad.

45. En ese sentido la Guía de diabetes mellitus tipo 2, establece que todo médico deberá conocer e integrar la sospecha diagnóstica de la cetoacidosis diabética como complicación aguda de la diabetes; considerarla una “*urgencia médica*” y brindar el inicio del tratamiento de forma oportuna e intrahospitalaria. Aunado a lo anterior, la Guía de



cetoacidosis diabética menciona un “*cuadro clínico clásico*” del padecimiento, cuyos principales signos son vómito, deshidratación, debilidad, pérdida de peso, cambios en el estado mental, entre otros.

46. En virtud de lo anterior, de acuerdo con el especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional resulta evidente que AR omitió efectuar las acciones que prevén las Guías de Práctica Clínica antes referidas para atender el padecimiento que V presentó el 12 de febrero de 2018, pasando por alto datos clínicos de importancia que orientaban a un diagnóstico específico, como lo eran el antecedente de diabetes mellitus tipo 2, la astenia¹⁹, la anorexia²⁰ y la hipersomnía²¹ de menos de 24 horas de aparición, siendo que de la exploración física también obtuvo otros hallazgos, tales como intranquilidad, somnolencia y deshidratación (mucosa oral semihidratada), siendo omiso en la toma de temperatura corporal a fin de detectar la presencia de hipotermia²², como signo de mal pronóstico.

47. Al respecto, el especialista en medicina legal de este Organismo Nacional precisó que los signos y síntomas que presentó V el 12 de febrero de 2018, cuando acudió al HG196 correspondían a manifestaciones clínicas de una cetoacidosis diabética, padecimiento que se corroboró, horas más tarde, con el diagnóstico emitido por el médico que la atendió en el hospital particular.

48. Asimismo, de la Opinión de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México, Oriente, de fecha 21 de junio de 2018, se advirtió que un médico investigador del IMSS determinó: “(...) *En el*

¹⁹ ASTENIA: estado de fatiga persistente en que la persona, por alguna causa, tiene una sensación de debilidad y no logra realizar esfuerzos habituales.

²⁰ ANOREXIA: falta de apetito. Trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición.

²¹ HIPERSOMNIA: acontecen episodios recurrentes de somnolencia diurna excesiva, a pesar de que la persona duerma largas horas durante la noche previa. Esta somnolencia diurna difiere de la sensación común de cansancio causada por interrupción del sueño nocturno.

²² HIPOTERMIA: disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.

presenta caso, la atención brindada fue en apego a las GPC (Guías de Práctica Clínica) Por lo anterior la causa del deceso se derivó de la gravedad de las complicaciones de su patología de fondo y no de la atención institucional...”. Concluyendo que: “(...) desde el punto de vista médico. La hospitalización y el tratamiento que le fue otorgado al derechohabiente fue el idóneo, se actuó de manera oportuna, a efecto de que recibiera la atención médica integral que se consideraba apropiada, de acuerdo a los Protocolos y Guías de Práctica Médica...”

49. No obstante lo señalado en el párrafo precedente, se advierte que en dicha consideración médica no se especificaron las Guías de Práctica Clínica que se tomaron como base para llegar a tal resolución, sin embargo, se puede establecer según el contexto del caso, que tales Guías de Práctica Clínica son las referidas y analizadas en el dictamen emitido por especialista de esta Comisión Nacional (“Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención” y “Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos”); en donde se refiere que “...*el proceso de cetoacidosis diabética evoluciona en un corto periodo de tiempo, cuya identificación oportuna permite brindar un tratamiento adecuado, con la finalidad de evitar las complicaciones derivadas...*”.

50. Con lo anterior, pudo establecer de manera objetiva que no se cumplió con tales consideraciones, ya que el médico responsable de la atención en el servicio de Urgencias el día 12 de febrero de 2018, no tomó en cuenta el cuadro clínico que presentaba V, con finalidad de establecer una sospecha diagnóstica que le indicara la necesidad de una hospitalización para confirmación diagnóstica a través de los medios auxiliares y manejo médico oportuno, tal como lo refiere la bibliografía médica especializada y guías de práctica clínica ya comentadas.

51. De igual forma, también se advirtió del Acuerdo Complementario de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Regional Estado de México, Oriente, de fecha 06 de diciembre de 2018, que otro médico



investigador del IMSS, si bien ratificó la improcedencia de la queja médica, dicho galeno estableció: *“(...) que se incumplieron obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, observando ejemplos elementos de inoportuna práctica médica atribuibles al personal médico del Hospital General Regional N° 196.”*

52. Es decir se robusteció con ello, lo expuesto en dictamen médico elaborado por especialista de esta Comisión Nacional, dado que, se pudo advertir de manera objetiva que V si presentó datos clínicos de la enfermedad que obligaban a su ingreso hospitalario urgente para la realización de pruebas diagnósticas con el objetivo de decretar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

53. Por todo lo anterior, se concluyó desde el punto de vista médico legal, que la atención médica brindada por AR el 12 de febrero del año 2018, a V en el servicio de Urgencias del HG196, fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión al no integrar la sospecha diagnóstica de una cetoacidosis diabética, lo que impidió su ingreso hospitalario para realizar la complementación diagnóstica a través de medios auxiliares que permitieran la clasificación de la enfermedad en cuanto a su gravedad; así como la instauración oportuna del tratamiento, situación que contribuyó no sólo al deterioro de su estado de salud, sino a su posterior fallecimiento.

54. Con lo que respecta a la atención médica brindada del 13 al 24 de febrero de 2018 en el servicio de Urgencias, Terapia Intensiva, Neurología y Medicina Interna que intervinieron hasta el día de su fallecimiento, de la revisión del expediente clínico de V en el HG196, se observó que en el momento de esa atención ya se había presentado el daño multiorgánico consecutivo al desequilibrio hidroelectrolítico, ácido-base y paro cardiorrespiratorio originado por la cetoacidosis diabética tardíamente diagnosticada y manejada; así como el daño neurológico irreversible que la mantuvieron en un estado de coma vigilia y que desencadenaron otras complicaciones tales como el proceso infeccioso a nivel pulmonar. Es decir, tales atenciones no hubiesen revertido el proceso degenerativo en el que ya se encontraba V.



55. De lo expuesto, se concluye que AR, transgredió lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 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, debido a su negligencia, al omitir realizar a V una valoración integral y exhaustiva que le permitiera emitir la sospecha diagnóstica de cetoacidosis diabética que requería de manejo intrahospitalario inmediato, lo cual generó el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

c. Derecho a la vida.

56. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son el artículo 29, de la Constitución Política, 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.²³

57. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las

²³ CNDH, Recomendación 73/2018 “Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida en agravio de V, en el Hospital General Regional Número 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Iztapalapa, Ciudad de México”, 19 de diciembre de 2018, párr. 68



medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.²⁴

58. La CrIDH reconoce que el derecho a la vida es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos, por lo que los Estados deben implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud; asimismo, que para determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, se debe acreditar, entre otros, una negligencia médica grave.²⁵

59. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.²⁶

60. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR en su carácter de médico adscrito al HG196, quien realizó la valoración inicial de V, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

²⁴ CNDH, Recomendaciones 73/2018, párr. 69; 1/2018, párr. 59; 66/2016, párr.34 y 47/2016, párr. 61.

²⁵ “*Caso Poblete Vilches...*”, op., cit., párrafos 145 y 148.

²⁶ CNDH. Recomendaciones 3/ 2019, párr. 143; 73/2018, párr.71; 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr. 76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36 y 47/2016, párr. 63.



61. Esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que AR brindó a V, consistió en negligencia por omisión al no integrar la sospecha diagnóstica de una cetoacidosis diabética que presentó V, lo cual impidió su ingreso intrahospitalario, desencadenando por historia natural de la enfermedad, un deterioro en su estado de salud, con la aparición de daños irreversibles a nivel de diversos órganos y sistemas (cerebral, renal, pulmonar), y, consecuentemente, su posterior fallecimiento, por lo que se acreditó que tal situación de urgencia no fue manejada adecuadamente por AR, puesto que aún y cuando otros médicos adscritos al HG196 realizaron acciones tendentes a restaurar el estado de hidratación, controlar la cetosis, corregir el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base, así como la hiperglucemia, ya se había presentado el deterioro multiorgánico y cerebral, no siendo posible revertir los daños ocasionados.

62. Por ello, AR incurrió en violación al derecho a la vida de V, al no identificar de manera oportuna los síntomas de cetoacidosis diabética, lo cual impidió su ingreso hospitalario, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud, que derivó en el fallecimiento de V, transgrediendo lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber positivo del Estado de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

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

63. 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.



64. 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.²⁷

65. 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.”*²⁸

66. 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.”*²⁹

67. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente advierte que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

²⁷ CNDH. Recomendación 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116

²⁸ 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.

²⁹ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.



68. 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.

69. 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.³⁰

70. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el HG196, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada norma oficial mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin

³⁰ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

71. Al respecto, se advirtió que la nota médica del 12 de febrero de 2018, elaborada por AR en el HG196, incumple con la norma indicada, pues tal como se desarrolló en el apartado “*Derecho a la protección de la salud*” de la presente Recomendación, no se señaló la temperatura de V, además de que la tensión arterial y la frecuencia respiratoria fueron registradas de manera ilegible, con lo que se vulneró lo establecido en los puntos 5.11 y 6.1.2 de la NOM-Del Expediente.

72. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación.³¹

73. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.³²

³¹ Recomendación General 29, así como Recomendaciones 8/2019, 21/2019, 26/2019, entre otras.

³² CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74.



V. RESPONSABILIDAD.

74. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación AR incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por omisión al no realizar una valoración integral y exhaustiva que le permitiera emitir la sospecha diagnóstica de una “cetoacidosis diabética”, lo cual impidió su ingreso hospitalario, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

75. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en los artículos 8, fracciones I, IV y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos; así como 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

76. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas en el HG196, 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.



77. 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 respectivo.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

78. 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 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.

79. 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 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (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 de V se deberá inscribir a QV en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

80. 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 considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, 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.

81. Sobre el *“deber de prevención”* la CrIDH, ha sostenido que: *“(…) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que*



desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...).³³

82. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V, que se tradujeron en actos de negligencia médica por omisión que derivaron en la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

83. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a QV, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V que derivó en su fallecimiento.

84. 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, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

85. 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 personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las

³³ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 174.



autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante la instancia competente y se de cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Medidas de no repetición.

86. Éstas 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, además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, responsabilidad profesional, así como la atención de personas con diabetes mellitus e identificación y manejo de cetoacidosis diabética, a todo el personal médico del HG196 en el Estado de México, el cual deberá impartirse por personal calificado y ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

iv. Compensación.

87. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que proceda conforme a sus atribuciones.



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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica médica que derivo en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se inscriba a QV y a sus hijos en el Registro Nacional de Víctimas, además de otorgarles atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social contra AR por las omisiones precisadas en los hechos y las observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HG196, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, hecho lo anterior, se supervise durante un período de seis meses el cumplimiento de esas medidas a fin de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.



CUARTA. Diseñar e impartir en el plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico del HG196 del IMSS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como la atención a personas con diabetes mellitus e identificación y manejo de la cetoacidosis diabética. El contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

88. 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 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 dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

89. 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.



90. Con el mismo fundamento jurídico, le solicitó, 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.

91. 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, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA