



RECOMENDACIÓN NO. 2 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO Y DE QV, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61, HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 220 “GRAL. JOSÉ VICENTE VILLADA” Y HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN NAUCALPAN DE JUÁREZ Y TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, ASÍ COMO CIUDAD DE MÉXICO, RESPECTIVAMENTE.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2023

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/10761/Q**, sobre la atención médica brindada a V en la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61, en el Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” y en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI todos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 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 el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:



Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México	CMR
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica, Cuidados Paliativos	GPC Cuidados Paliativos
Guía de Práctica Clínica, Prevención y Detención Temprana del Cáncer de Pulmón en el Primer Nivel de Atención	GPC del Cáncer de Pulmón
Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca, Estado de México	HGR-220
Hospital General de Zona No. 194 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Naucalpan de Juárez, Estado de México	HGZ-194

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México	HOCMN-SXXI
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Naucalpan de Juárez, Estado de México	UMF-61

I. HECHOS

5. El 1 de diciembre de 2017 y 23 de enero de 2020, QV presentó queja y ampliación de la misma ante esta CNDH por la atención brindada a V, de 61 años al momento de los hechos, en la UMF-61, en virtud de que tenía tos continua y molestias respiratorias desde el mes de septiembre de 2016, le indicaron el suministro de diversos medicamentos; sin embargo, continuó con los síntomas, por lo que acudieron a diversas citas en dicha unidad médica, donde le solicitaron se realizara una placa de rayos X de tórax.

6. El 27 de abril de 2017, V acudió a la UMF-61 a consulta, donde se interpretó la placa de rayos X de tórax, le diagnosticaron enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), y se realizó Referencia-Contrareferencia para atención médica en el servicio de Medicina Interna del HGZ-194, para valoración por diabetes mellitus tipo II descontrolada y EPOC.

7. Ante las continuas molestias que V presentó, acudió a un hospital privado, donde le solicitaron realizar laboratoriales, espirometría¹ y tomografía computarizada de tórax pulmón, la cual el cinco de mayo de 2017 reportó como impresión diagnóstica imágenes compatibles con proceso neoplásico², peribronquial derecho, metástasis³ pulmonares⁴ en el óvulo medio e inferior derechos y ganglionares mediastinales⁵, derrame pleural⁶ derecho, probable metástasis solitaria contra quiste⁷ en el segmento cuatro del hígado.

¹ La espirometría es un análisis para evaluar cómo funcionan los pulmones midiendo cuánto aire inhales y cuánto exhalas y con que rapidez exhalas.

² Crecimiento anormal y descontrolado de células.

³ Diseminación de células cancerosas desde el lugar donde se formó el cáncer por primera vez hasta otra parte del cuerpo. La metástasis se presenta cuando las células cancerosas se desprenden del tumor original (primario), viajan por el cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina al pulmón, las células cancerosas del pulmón son células de cáncer de mama, no son células de cáncer de pulmón. También se llama metástasis cancerosa.

⁴ Cáncer que se ha diseminado del tumor original (primario) al pulmón.

⁵ Los ganglios linfáticos mediastinales son ganglios linfáticos localizados en el mediastino. El mediastino es un término que se refiere a la idea de una especie de “caja” o zona dentro del pecho, pero que también implica todo lo que está dentro de la caja.

⁶ Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

⁷ Es una bolsa cerrada con una membrana propia que se desarrolla anormalmente en una cavidad o estructura del cuerpo, siendo su característica distintiva el hecho de que las células que conforman su membrana son distintas a las del entorno.

8. El primero de junio de 2017, V ingresó al HGR-220 donde se valoró y diagnosticó tumoración pulmonar, al día siguiente fue dada de alta y se le dio cita para que se practicara una broncoscopia⁸. El 8 de ese mismo mes y año V acudió al mencionado hospital para que se le realizara el estudio; sin embargo, no se llevó a cabo ya que el aparato se encontraba en reparación. Posteriormente, se le efectuó una toracoscopia⁹ (no broncoscopia que se había solicitado).

9. El 23 de junio de 2017, V fue dada de alta del Servicio de Medicina Interna del HGR-220 por mejoría y se le envió para su atención al HOCMN-SXXI, donde se le diagnosticó cáncer de pulmón etapa clínica IV, continuó con la atención médica en dicho hospital hasta el 21 de mayo de 2019, fecha en la que falleció asentándose en el acta de defunción como causas de la muerte cáncer de pulmón de tres años de evolución y diabetes mellitus tipo II de 15 años.

10. Al respecto QV, refirió que el cáncer pulmón que sufrió V no fue detectado oportunamente, por que no se cumplió con el procedimiento o protocolo para la prevención y detección temprana de esa enfermedad, por lo que consideró que la atención que recibió fue inadecuada; a fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2019/10761/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en la UMF-61, el HGR-220 y HOCMN-SXXI cuya

⁸ Procedimiento que permite al personal médico examinar los pulmones y las vías respiratorias.

⁹ Introducción de una cámara mediante una técnica quirúrgica invasiva a través de la pared torácica, con la finalidad de hacer un diagnóstico, obtener muestras o con fines terapéuticos.



valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja presentado ante esta CNDH el 1 de diciembre de 2017, por V y QV en el que señalaron su inconformidad por la atención médica que se le estaba brindando a V en la UMF-61, HGR-220 y HOCCMN-SXXI, a la cual anexó lo siguiente:

11.1. Estudios de laboratorio realizados a V el 5 de mayo de 2017 en un medio particular.

11.2. Estudio de Espirometría elaborado a V en un medio privado el 5 de mayo de 2017.

11.3. Tomografía computarizada de tórax pulmón, realizada a V el 5 de mayo de 2017 en un medio particular, en la que se señaló como impresión diagnóstica imágenes compatibles con proceso neoplásico, peribronquial derecho, metástasis pulmonares en el lóbulo medio e inferior derecho y ganglionares mediastinales.

11.4. Escrito de queja de 17 de junio de 2017 suscrito por QV a través del cual presentó la Queja Administrativa 1, dirigida al director del HGR-220, en



el cual manifestó su inconformidad por la atención médica que se brindaba a V.

11.5. Oficio 169001-05110006902 del 7 de septiembre de 2017, suscrito por el titular de la Delegación Regional Estado de México Poniente del IMSS, en el que informó que la Queja Administrativa 1, se determinó por el Consejo Consultivo como improcedente desde el punto de vista médico.

11.6. Escrito de 11 de octubre de 2017, suscrito por QV, por medio del cual presentó recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo del IMSS Delegación Regional Poniente en contra de la resolución de fecha 7 de septiembre de esa anualidad.

11.7. Resolución de 2 de noviembre de 2017, emitida por el Consejo Consultivo Delegacional, a través del cual determinó como infundado el Recurso de Inconformidad 1 interpuesto por QV el 11 de octubre de ese año.

11.8. Demanda presentada por QV ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa el 20 de febrero de 2018, en contra de las resoluciones de los acuerdos de 2 de noviembre y 23 de octubre de 2017 emitidos por el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS a la que se le asignó el Expediente 1.

11.9. Resolución del Expediente 1 de 7 de marzo de 2018, emitida por la Primera Sala Regional Norte-Este del Estado de México del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en la que determinó desechar la demanda por improcedente.



12. Correo recibido en esta Comisión Nacional el 23 de enero de 2020, a través del cual QV anexó escrito en el que aclaró y amplió la queja.

13. Oficio 169001200100/CGM/578 de 17 de septiembre de 2020, suscrito por personal del área de Apoyo Médico de la Coordinación de Gestión Médica del IMSS, a través del cual anexó el diverso 160102200200/00783/2020 del 14 de ese mismo mes y año, signado por la subdirectora médica del HGZ-194 en el que informó que no se cuenta con evidencia de la atención médica otorgada a V para atender su padecimiento de cáncer, debido a que sólo se realizó el trámite administrativo para su oportuna referencia a la unidad de tercer nivel.

14. Correos electrónicos de 7 y 24 de mayo de 2021, a través de los cuales personal del IMSS envió copia de los expedientes clínicos de V integrados en la UMF-61, el HGR-220 y HOCMN-SXXI de los que destacó lo siguiente:

❖ **Expediente clínico de V integrado en la UMF-61**

14.1. Nota médica del 9 de enero de 2017, emitida por AR1, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la cual señaló que V pesó 59.5 kilogramos, y presentó tos vercosa de tres meses de evolución.

14.2. Nota médica del 17 de febrero de 2017, emitida por AR2, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la que reportó a V con un



peso de 58 kilogramos, con presencia de tos crónica con dolor en tórax posterior.

14.3. Nota médica del 6 de abril de 2017, realizada por AR3, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la cual indicó que el peso de V era de 57 kilogramos y tos crónica.

14.4. Nota médica del 23 de abril de 2017, emitida por AR4, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la que estableció que V pesó 51.5 kilogramos, con antecedente de cáncer de pulmón de un año de diagnóstico.

14.5. Nota médica del 18 de mayo de 2017, realizada por AR3, en la indicó que V pesaba 57 kilogramos, refirió ser fumadora pasiva y con presencia de tos crónica.

14.6. Nota médica del 24 de mayo de 2017, emitida por AR3, en la que señaló que V pesaba 75 kilogramos (sic).

14.7. Nota médica del 11 de septiembre de 2017, realizada por AR1, en la que reportó a V con peso de 55 kilogramos y con antecedente de cáncer de pulmón de un año.

14.8. Nota médica del 23 de julio de 2018, elaborada por AR5, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la que indicó que V pesó 53 kilogramos, con cáncer de pulmón de un año de evolución controlado con broncodilatadores.

14.9. Nota médica del 28 de agosto de 2018, emitida por AR6, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la se reportó a V con 53 kilogramos, y con cáncer de pulmón de un año, controlado con broncodilatadores y quimioterapia cada 21 días.

14.10. Nota médica del 3 de octubre de 2018, realizada por AR7, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar, en la que reportó a V con peso de 52 kilogramos, con cáncer de pulmón, y con diagnóstico diabetes mellitus tipo II.

❖ **Expediente clínico de V integrado en el HGR-220**

14.11. Nota de ingreso del servicio de Medicina Interna de las 18:30 horas del 1 de junio de 2017, elaborada por AR8, personal médico adscrito a dicho servicio, en la que señaló que V refirió antecedente de tumoración en parénquima pulmonar¹⁰ derecha de dos meses de detección, y estableció como diagnóstico tumoración pulmonar en estudio.

¹⁰ El parénquima pulmonar es el tejido funcional del pulmón.

14.12. Nota de egreso de Medicina Interna del 2 de junio de 2017, suscrita por AR9, personal médico adscrito a dicho servicio, en la que determinó el alta de V debido a su estabilidad y decidió programar internamiento para siguiente semana, y como plan cita para el día 9 de ese mismo mes y año para realización de broncoscopia.

14.13. Nota de ingreso a Medicina Interna de las 17:00 horas del 8 de junio de 2017, elaborada por AR10, personal médico adscrito a dicho servicio, en la que señaló que V presentó tumor¹¹ en pulmón derecho de un mes y medio de identificación clínica, en seguimiento por Neumología por AR9.

14.14. Nota de evolución de Medicina Interna del 9 de junio de 2017, realizada por AR11, personal médico adscrito a dicho servicio, en la que señaló que con esa fecha se realizaría a V broncoscopia.

14.15. Nota médica de Neumología de las 15:45 horas del 9 de junio de 2017, suscrita por AR9, en la que indicó que no se le había informado que el broncoscopio se encontraba en reparación pues al abrir el maletín no lo encontró.

14.16. Notas de evolución de Medicina Interna del 10 y 11 de junio de 2017, elaboradas por AR12, personal médico adscrito a dicho servicio, en las que

¹¹ Es una masa anormal de tejido corporal. Los tumores pueden ser cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos).

indicó que V se encontraba en espera de folio para envío al tercer nivel debido a que no se contaba con insumos para realizar broncoscopia.

14.17. Notas de evolución de Medicina Interna de los días 12, 13, 14, 15 y 16 de junio de 2017, elaboradas por AR11, en las que indicó que V estaba en espera de envío al tercer nivel para elaboración de broncoscopia.

14.18. Notas de evolución de Medicina Interna de los días 17 y 18 de junio de 2017, elaboradas por AR12, en las que indicó que V estaba en espera de realización de broncoscopia, por falta de insumos.

14.19. Notas médicas de los días 19 y 20 de junio de 2017, suscritas por AR13, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en las que señaló que estaba en espera del resultado de broncoscopia de V, el cual una vez enviado reportó los hallazgos de parénquima pulmonar antracótico¹² parcialmente colapsado y se envió para valoración con AR9.

14.20. Notas médicas del servicio de Neumología de los días 19 y 20 de junio de 2017, suscritas por AR9, quien indicó que se realizó a V toracoscopia y no broncoscopia como se había solicitado, y señaló que se valora conducta a seguir.

14.21. Notas médicas de evolución de Medicina Interna de los días 21 y 22 de junio de 2017, suscritas por AR14, personal médico adscrito a dicho

¹² Relativo a la antracosis o al ántrax, o que es afecto de él.



servicio, en las que anotó que se debía valorar conducta a seguir y continuar con estudio de tumoración por la consulta externa.

14.22. Notas médicas del servicio de Neumología de los días 21 y 22 de junio de 2017, suscritas por AR9, en las que indicó que se le retiró a V sonda endopleural, y que podría ser egresada, y que valoraría con resultados de biopsia por la consulta externa.

14.23. Nota de egreso hospitalario de Medicina Interna del 23 de junio de 2017, suscrita por AR14, en la cual señaló que V fue dado de alta del servicio y se dio cita para consulta externa de neumología al tener reportes de biopsia.

❖ **Expediente clínico de V integrado en HOCMN-SXXI**

14.24. Nota de indicaciones médicas iniciales admisión continua del 1 de enero de 2018, emitida por AR15, en la que indicó revaloración de V por el servicio de Onco-Médica.

14.25. Nota de valoración oncología médica de las 15:00 horas del 1 de enero de 2018, emitida por AR16, personal médico adscrito al servicio de Oncología Médica, en la que estableció como plan para V, envió a su hospital general de zona.

14.26. Nota de atención médica de 12:47 horas del 4 de enero de 2018, suscrita por AR17, personal médico adscrito al servicio de Oncología Médica,



en la mencionó que se le dio a V cita para el servicio de Medicina Interna, Onco-Médica y abierta para Urgencias.

14.27. Nota de atención médica de las 11:41 horas del 25 de enero de 2018, suscrita por AR18, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en la que estableció como diagnóstico de V adenocarcinoma pulmonar y como plan cita subsecuente al servicio de Medicina Interna.

14.28. Notas de atención médica de las 13:28 y 10:25 horas del 6 y 27 de febrero de 2018, suscrita por AR19, personal médico adscrito al servicio de Oncomédica, en la que indicó como diagnóstico de V cáncer de pulmón etapa IV¹³ adenocarcinoma y dio cita en tres semanas.

14.29. Nota de valoración de Medicina Interna de las 10:54 horas del 26 de febrero de 2018, signada por AR20, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en la que señaló como diagnóstico de V adenocarcinoma pulmonar, y como plan envió a su unidad médico familiar.

14.30. Nota de atención médica de las 09:33 horas del 26 de marzo de 2018, suscrita por AR21, personal médico adscrito al servicio de Oncomédica, en la que estableció como diagnóstico de V cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma.

14.31. Notas de atención médica de las 10:28, 09:09, 10:32, 08:49, 11:26, 10:50 y 08:35 horas del 20 de abril, 23 y 31 de julio, 13 de septiembre, 4 y 25

¹³ El cáncer de pulmón en etapa IV significa que el cáncer se ha metastatizado (diseminado).



de octubre y 2 de noviembre de 2018, suscritas por AR19, en las que indicó como diagnóstico de V, cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma.

14.32. Notas de atención médica de las 05:24 y 06:38 horas del 21 de mayo y 11 de junio de 2018, suscritas por AR22, personal médico adscrito al servicio de Oncomédica, en las que anotó como plan para V cita en tres y seis semanas.

14.33. Nota de atención médica de las 10:33 horas del 23 de agosto de 2018, suscrita por AR17, en la que señaló que V refirió incremento de tos.

14.34. Nota de atención médica de las 09:46 horas del 16 de noviembre de 2018, en la que se señaló que AR23, personal médico adscrito al servicio de “Tumores de Tórax”, solicitó tele de tórax para revalorar toracocentesis¹⁴.

14.35. Notas de atención médica de las 01:10 y 10:14 horas del 16 de noviembre y 7 de diciembre de 2018, suscritas por AR17, en las que refirió a V con dolor intermitente en hipocondrio derecho y en tórax posterior derecho.

14.36. Nota de atención médica de las 10:17 horas del 28 de diciembre de 2018, emitida por AR19 en la que indicó para V cita en tres semanas.

14.37. Nota de atención médica de las 09:30 horas del 21 de enero de 2019, suscrita por AR24, personal médico adscrito al servicio de Oncomédica, en la

¹⁴ Punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.



que señaló alta de Oncología Médica y cita a “tumores de tórax” para vigilancia.

14.38. Nota “tumores tórax” del 5 de marzo de 2019, suscrita por AR25, personal médico adscrito al servicio de “Tumores de Tórax”, en la que solicitó nueva tomografía axial computarizada de tórax con contraste IV para valorar actividad tumoral.

14.39. Nota de atención médica de las 09:06 horas del 5 de abril de 2019, elaborada por AR25 y AR26, personal médico adscrito al servicio de “Tumores de Tórax” en la que señalaron que la tomografía axial computarizada de tórax del 29 de marzo de ese año reportó progresión de la enfermedad.

14.40. Nota de atención médica de las 02:49 horas del 19 de abril de 2019, suscrita por AR27, en la que solicitó la valoración de V por Oncología Médica.

14.41. Nota de atención médica de las 11:15 horas del 26 de abril de 2019, elaborada por AR17, en la que se señaló que se envió a V al servicio de Urgencias, considerar para toracocentesis y presentarse a cirugía de tórax.

14.42. Nota de atención médica de las 03:44 horas del 26 de abril de 2019, elaboradas por AR27, en la que informó la imposibilidad de realizar toracocentesis en admisión continua ante la sospecha de derrame loculado¹⁵.

14.43. Nota de atención médica de las 01:03 horas del 16 de mayo de 2019, suscrita por un médico, en la que se indicó que en esa fecha V fue valorada en el servicio de Medicina Paliativa.

15. Opinión Médica de 1° de septiembre de 2021, realizada por personal de este Organismo Nacional, en la cual se concluyó que la atención médica brindada a V en la UMF-61, el HGR-220 y HOCMN-SXXI fue inadecuada.

16. Escrito presentado por QV en esta CNDH el 29 de octubre de 2021, al cual anexó copia del Acta de Defunción de V en la que se señaló como causas de la muerte cáncer de pulmón de tres años de evolución y diabetes mellitus tipo II de 15 años.

17. Correo enviado el 22 de septiembre de 2022 al personal del IMSS, a fin de que informe si AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24,

¹⁵ Los derrames pueden ser libres o estar loculados, lo cual puede ocurrir en enfermedades que producen inflamación intensa de la pleura como la tuberculosis pleural, el empiema y el hemotórax. Loculado.- dividido en pequeñas cavidades.



AR25, AR26 y AR27, se encuentran activos en ese instituto, así como el área de adscripción actual y cédula profesional.

18. Oficio 67033 de fecha 25 de octubre de 2022, por medio del cual esta CNDH solicitó en vía de colaboración al titular del Órgano Interno de Control en el IMSS, informar si esa instancia inició algún expediente de investigación por los hechos motivo de la queja formulada ante este Organismo Nacional por QV.

19. Correo recibido el 28 de octubre de 2022, a través del cual el personal del IMSS envió los oficios que a continuación se precisan, en los que se proporcionó información relacionada con los nombres completos, adscripción y matrícula de AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7, AR8, AR9, AR11, AR12, AR13 y AR14, además informó que AR5 no seguía en activo.

19.1. Oficio 169001700100/1886/2022 de 29 de septiembre de 2022, suscrito por el titular de la Jefatura de Servicios de Desarrollo de Personal del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional, Estado de México Poniente.

19.2. Oficio 162421200200/DM 1151/0856/2022 de 3 de octubre de 2022, signado por la Directora de la UMF-61.

19.3. Oficio 160501200200/1617/2022 de 6 de octubre de 2022, suscrito por el Director del HGR-220.



20. Correo que el 1 de noviembre de 2022 este Organismo Nacional envió al personal del IMSS, para hacer de su conocimiento que faltaba la información requerida sobre AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27.

21. Oficio 00641/30.14/9826/2022 de 7 de noviembre de 2022, signado por la titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS, al que se anexó la siguiente documentación:

21.1. Oficio 00641/30.102/6704/2022 de 4 de noviembre de 2022, suscrito por el titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, Región 12 Ciudad de México y Morelos, a través del cual informó que el 3 del referido mes y año, se emitió acuerdo de radicación del Expediente 2 con motivo de la atención médica proporcionada a V en el HOCMN-SXXI.

21.2. Oficio 00641/30.102/2409/2022 de 4 de noviembre de 2022, suscrito por la titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, Región 10 Estado de México, Oriente y Poniente, en el que informó el registro del Expediente 3 con motivo de la atención brindada a V por personal médico adscrito al IMSS.

22. Correo recibido el 9 de diciembre de 2022, mediante el cual el personal del IMSS remitió el memorándum H.ONCO/PER/OR/0302/2022 de fecha 6 del mismo mes y año, suscrito por la jefa del Departamento de Personal y Relaciones Contractuales del HOCMN-SXXI, a través del que se proporcionó la información



solicitada respecto a AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27.

23. Acta circunstanciada de fecha 10 de enero de 2023, en la que se hizo constar que personal adscrito al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, Región 10 Estado de México, Oriente y Poniente del Órgano Interno de Control en el IMSS, precisó a esta CNDH que con motivo de la adscripción de las personas servidoras públicas involucradas en el presente asunto, se iniciaron los Expedientes 2 y 3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 17 de junio de 2017 QV presentó escrito de queja dirigido al director del HGR-220, en el que manifestó su inconformidad por la atención médica que se le estaba brindando a V en dicho hospital.

25. Como consecuencia de lo anterior, se inició la Queja Administrativa 1, misma que mediante oficio de 7 de septiembre de 2017 se informó fue determinada por el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS como improcedente desde el punto de vista médico.

26. El 11 de octubre de 2017, QV presentó recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo del IMSS Delegación Regional Poniente, en contra de la resolución de fecha 7 de septiembre de esa anualidad.



27. Por lo anterior, se inició el Recuso de Inconformidad 1, mismo que se resolvió el 2 de noviembre por el Consejo Consultivo Delegacional como infundado, en virtud de que V recibió atención médica tanto en primer y segundo nivel.

28. El 20 de febrero de 2018, QV presentó demanda ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de los acuerdos resolutiveos del 2 de noviembre y 28 de octubre de 2017, emitidos por el Consejo Consultivo Delegacional por lo que se inició el Expediente 1.

29. El 7 de marzo de 2018 la Primera Sala Regional Norte-Este del Estado de México del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, resolvió dentro del Expediente 1, desechar la demanda por improcedente, debido a que los actos combatidos no constituyen resolución definitiva.

30. En atención a la solicitud de información en colaboración que el 25 de octubre de 2022, esta CNDH formuló al Órgano Interno de Control en el IMSS, para saber si esa instancia había iniciado alguna investigación por los presentes hechos, la misma informó que con fecha 3 y 4 de noviembre de 2022 se radicaron de los Expedientes 2 y 3, los que se encuentran en trámite.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

31. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/10761/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un



enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y al trato digno de V persona adulta mayor, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de QV atribuibles al personal médico de la UMF-61, HGR-220 y HOCCMN-SXXI con base en las siguientes consideraciones.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

32. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, debido a su situación de vulnerabilidad, al tratarse de una persona de 61 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, de cinco años de diagnóstico de acuerdo con la Opinión Médica realizada por personal de esta Comisión Nacional, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de su vida con enfermedades crónicas, que se encuentran consideradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico de la UMF-61, HGR-220 y HOCCMN-SXXI.

33. Asimismo, los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos



Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"; 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

34. Con la finalidad de cumplir el compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, se establece que son aquellas que "cuentan con sesenta años o más de edad"; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como "(...) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores".

35. Cabe destacar que, entre otros derechos de las personas adultas mayores, en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del ordenamiento citado en el párrafo anterior, se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a

la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Así como que uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

36. 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.”¹⁶ 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.

37. La CrIDH ha sostenido que los Estados “(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente (...) cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.¹⁷ En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son aquellas que “(...) por diferentes factores o [su] combinación, 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

¹⁶ 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, 23/2020 p.22 y 52/2020 p.26.

¹⁷ CrIDH, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.



para lograr su bienestar.”¹⁸

38. El artículo 25, de la LGS establece 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”, ubicándose en dicho supuesto aquellas personas con padecimientos crónico-degenerativos.

39. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...)”,¹⁹ coincidiendo la OMS [Organización Mundial de la Salud] al precisar que son de “(...) larga duración y por lo general de progresión lenta (...)”²⁰.

40. La diabetes mellitus es un problema de salud de gran impacto sanitario y social, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, entre otras; potenciada además por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de

¹⁸ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud, disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es

²⁰ Organización Mundial de la Salud, disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/



enfermedad cardiovascular, como obesidad, hipertensión arterial y dislipemia, esto es, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

41. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible, advirtiéndose que en el caso particular, no se garantizó dicho derecho humano a V con base en lo siguiente.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

42. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,²¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

²¹ CNDH. Recomendaciones: 92/2022, párr. 18, 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.



43. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”.²²

44. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó 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 demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

45. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

46. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió

²² Jurisprudencia administrativa, “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.



como "(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)".²³

47. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el "Caso Vera y otra vs Ecuador",²⁴ consideró que "(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)".

48. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27 adscritos a la UMF-61, HGR-220 y HOCCMN-SXXI, derivado de su respectiva calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con el

²³ "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud". Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

²⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.



párrafo segundo de los artículos 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle una mejor calidad de vida, lo cual incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio y de la víctima indirecta, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

B.1. Derecho humano a la protección de la salud de V

❖ Antecedentes clínicos de V

49. El presente caso es sobre V, persona del sexo femenino de 61 años al momento de los hechos, portadora de diabetes mellitus tipo II de cinco años de diagnóstico, en tratamiento médico con metformina²⁵, glibenclamida²⁶; dislipidemia²⁷ en manejo con pravastatina²⁸ y bezafibrato²⁹.

²⁵ Ayuda a controlar la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre.

²⁶ Reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la capacidad de unión y de respuesta de la insulina en los tejidos periféricos.

²⁷ Concentración alta de uno o más lípidos presentes en la sangre, como colesterol y triglicéridos, y es el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

²⁸ Está indicada como tratamiento de las hiperlipidemias como adyuvante de la dieta en el manejo primario de las hipercolesterolemias (hiperlipoproteinemia tipo II a y III b) causada por la elevación en las concentraciones de lipoproteínas de baja densidad-colesterol (LDL) en pacientes con riesgo significativo de padecer enfermedad arterial coronaria y que no han respondido a la dieta sola o a otras medidas

²⁹ Disminuye los niveles elevados de lípidos sanguíneos (triglicéridos y colesterol).

50. Inició su padecimiento oncológico en septiembre de 2016 con tos, disnea³⁰ y pérdida de siete kilogramos de peso en aproximadamente seis meses; en mayo de 2017 le fue realizada una tomografía de tórax de forma extrainstitucional, documentando una tumoración peribronquial³¹ derecha de 7x6 centímetros, además de nódulos³² satélite en lateral de lóbulos medio e inferior derechos, asociado a derrame pleural³³ derecho y adenopatías³⁴ ganglionares mediastinales, por lo que fue canalizada el 19 de junio de ese mismo año para que se sometiera a toracoscopia³⁵ y biopsia de pleura parietal y visceral con reporte histopatológico de implantes de carcinoma epidermoide³⁶, siendo enviada a la Unidad Médica de Alta Especialidad del HOCMN-SXXI.

51. Debido a lo complejo del caso ya que V recibió atención médica en diferentes unidades médicas pertenecientes al IMSS, a continuación, para una mejor y clara exposición del caso, se realizará el análisis de las documentales médicas existentes en el expediente de queja en un orden cronológico por cada

³⁰ Dificultad para respirar.

³¹ Tejido que rodea los bronquios.

³² Son lesiones redondeadas, circunscritas, profundas y dependiendo de su localización pueden ser palpables o no. Los nódulos son normalmente benignos e indoloros, aunque pueden afectar al funcionamiento del órgano. Pueden formarse en la piel, los tendones, los músculos y en algunos órganos internos en respuesta a una lesión.

³³ Son acumulaciones de líquido dentro del espacio pleural.

³⁴ Una adenopatía o una linfadenopatía se refieren a una enfermedad en los ganglios linfáticos. No obstante, normalmente se utiliza este término como un sinónimo de una inflamación o un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos.

³⁵ La toracoscopia sirve para diagnosticar enfermedades de la pleura o del pulmón, permitiendo ver a través de una cámara estos dos órganos y obtener biopsias de diversos lugares.

³⁶ El carcinoma epidermoide, también conocido como carcinoma de células escamosas cutáneas (CCSC), es uno de los principales tipos de cáncer de piel junto con el cáncer de células basales y el melanoma. Normalmente se presenta como un bulto duro con la parte superior escamosa, pero también puede formar una úlcera.



unidad médica que intervino, siguiendo un orden jerárquico de atención es decir de primero a segundo y tercer nivel de atención.

❖ Atención médica brindada a V en la UMF-61

52. El 9 de enero de 2017, V fue valorada por AR1, quien la reportó con peso de 59.5 Kilogramos, señaló que refirió presencia de tos productiva de coloración verdosa desde hace tres meses, con tratamiento antibiótico sin mejoría, fiebre no cuantificada, estableció el diagnóstico de tos crónica e indicó ambroxol³⁷ comprimido, paracetamol tableta, ciprofloxacino³⁸ cápsulas.

53. En la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional se estableció que AR1 omitió realizar una adecuada semiología del padecimiento manifestado por tosidas con expectoración verde de tres meses de evolución, un interrogatorio dirigido a detectar factores de riesgo para cáncer de pulmón como la exposición al humo de leña o de tabaco, si había cursado con pérdida ponderal³⁹, no preguntó respecto a la periodicidad y cuantificación de la fiebre, no solicitó cuando menos radiografía de tórax para descartar algún daño pulmonar.

54. El 17 de febrero de 2017, V fue valorada por AR2, quien la reportó con peso de 58 kilogramos, señaló que refirió presencia de tos crónica, con dolor en tórax

³⁷ Expectorante y mucolítico.

³⁸ Antibiótico.

³⁹ Perteneciente o relativo al peso.

posterior, y ratificó el diagnóstico de tos crónica e indicó benzonatato⁴⁰ perlas, teofilina⁴¹ comprimida, paracetamol tableta.

55. Al respecto en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se estableció que AR2 omitió realizar un interrogatorio dirigido a detectar factores de riesgo productores de la tos crónica ya de cuatro meses de evolución como la exposición al humo de leña o de tabaco, y sin respuesta favorable a tratamiento, no investigó respecto de la pérdida de 1.5 kilos en un mes (recordando que el 9 de enero pesó 59.5 kilos).

56. El 6 de abril de 2017 V fue valorada por AR3, quien la reportó con peso 57 kilogramos, señaló que refirió tos crónica, fumadora pasiva, observó la radiografía anteroposterior de tórax con presencia de botón aórtico prominente⁴², silueta cardiaca normal, con empastamiento bronquial, presencia de congestión parahiliar⁴³ de predominio derecho basal⁴⁴, campos pulmonares con murmullo vesicular⁴⁵ presente, con datos de atrapamiento de aire, no sibilancias⁴⁶ ni

⁴⁰ Medicamento recomendado para combatir la tos seca.

⁴¹ Se usa para prevenir y tratar las sibilancias, la falta de aliento y la presión en el pecho causada por asma, bronquitis crónica, el enfisema y otras enfermedades pulmonares.

⁴² El botón aórtico prominente hace referencia a la lectura de una radiografía del tórax, en donde el botón es el círculo o anillo que hace la aorta cuando da su vuelta hacia abajo. Quiere decir que una parte de la aorta está algo prominente. Es una formación anormal de la aorta, la gran arteria que lleva sangre del corazón al resto del cuerpo.

⁴³ Es un dato que aparece en las radiografías de tórax. Se trata de un conglomerado o agrupamiento de alguna sustancia como (agua, sangre, líquido pulmonar, etc.) en el área que rodea el hilio pulmonar.

⁴⁴ Los ganglios basales derechos son la mitad derecha de los núcleos cerebrales de recolección que es responsable del control del movimiento y la producción de dopamina.

⁴⁵ El murmullo vesicular es el sonido suave y bajo que se escucha al auscultar el tórax de una persona sana.

⁴⁶ Sonidos anormales al respirar.



estertores⁴⁷, estableció el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e indicó como tratamiento teofilina comprimida, benzonatato perlas, salbutamol⁴⁸ suspensión en aerosol y naproxeno tableta.

57. El personal de esta CNDH en la Opinión Médica señaló que, AR3 desestimó la presencia de factores de riesgo para cáncer de pulmón como la exposición al humo de tabaco, la tos de casi seis meses de evolución sin respuesta favorable a tratamiento y la pérdida de peso constante; además de que omitió referir a V al segundo nivel de atención para inicio de protocolo de estudio.

58. El 23 de abril de 2017, V fue valorada por AR4, quien la reportó con peso de 51.5 kilogramos, con antecedente de cáncer de pulmón de un año de diagnóstico, en tratamiento con ipratropio con salbutamol⁴⁹, señaló que traía una nota médica del “hospital oncología” en la que se menciona continuar tratamiento con insulina, en valoración en HOCMN-SXXI, en tratamiento con quimioterapias, estableció el diagnóstico de diabetes tipo II e indicó clonazepam⁵⁰ tabletas, carbamazepina⁵¹ tabletas, ácido fólico tabletas, complejo B tableta e insulina humana.

⁴⁷ Respiración anhelosa, generalmente ronca o silbante, propia de la agonía y del coma.

⁴⁸ Es un broncodilatador.

⁴⁹ Broncodilatadores, que ayudan a mejorar la respiración abriendo las vías respiratorias.

⁵⁰ El clonazepam se utiliza solo o en combinación con otros medicamentos para controlar ciertos tipos de convulsiones. También se utiliza para aliviar los ataques de pánico (ataques repentinos e inesperados de miedo extremo y preocupación por estos ataques). El clonazepam pertenece a una clase de medicamentos llamados benzodiazepinas. Su acción consiste en reducir la actividad eléctrica anormal en el cerebro.

⁵¹ La carbamazepina se utiliza sola o en combinación con otros medicamentos para controlar ciertos tipos de convulsiones en personas con epilepsia. También se usa para tratar la neuralgia trigémina (una enfermedad que causa dolor en los nervios faciales).



59. El 18 de mayo de 2017, V fue valorada por AR3 quien la reportó con peso de 57 kilogramos, refirió tos crónica, fumadora pasiva, comentó que estaba siendo tratada en el “INCAN” (Instituto Nacional de Cancerología) y su esposo señaló tumor en región basal de pulmón derecho, sin que tuviera documentos o resúmenes que avalaran dicha condición clínica.

60. Programó cita prioritaria al HGZ-220 en Toluca Estado de México, para el 22 de ese mes y año, señaló que contaba con laboratorios por medio particular con BAAR (prueba de bacilos acidorresistentes⁵²) negativo en tres series, señaló que observó radiografía de tórax con presencia de botón aórtico prominente, silueta cardiaca normal, con empastamiento bronquial, presencia de congestión parahiliar de predominio derecho basal, estableció el diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, e indicó insulina humana y clonazepam tabletas.

61. De ello esta Comisión Nacional observó en la Opinión Médica que AR3 y AR4, desestimaron el antecedente de cáncer pulmonar bajo tratamiento con quimioterapia en el HOCMN-SXXI, y omitieron referir a la paciente a seguimiento de sus quimioterapias y a los servicios de Nutrición, Psicología y Psiquiatría para controlar la pérdida de peso, brindar apoyo emocional y manejo de trastornos como la depresión, insomnio y ansiedad, con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida.

62. El 24 de mayo de 2017, V fue valorada por AR3 quien la reportó con peso de 75 kilogramos, señaló que refirió tos crónica, fumadora pasiva, y comentó que

⁵² Los bacilos resistentes al alcohol ácido o acidorresistentes (BAAR) son un tipo de bacteria que causa tuberculosis (también conocida como TB) y otras infecciones.



estaba siendo tratada en el “INCAN” , su esposo refirió tumor en región basal de pulmón derecho, en esa misma fecha acudió al HGR-220 donde comentó el personal de la Coordinación de Consulta Externa, que le correspondía el “HGR” (sic), por lo que la enviaron al hospital de zonificación correspondiente, señaló que no traía documentos o resúmenes que avalaran dicha condición clínica.

63. AR3 indicó que V contaba con laboratorios por medio particular con BAAR negativo en tres series, se observó radiografía de tórax, presencia de botón aórtico prominente, silueta cardiaca normal, con empastamiento bronquial, presencia de congestión parahiliar de predominio derecho basal con presencia de nódulo en lóbulo medio e inferior derecho.

64. Tomografía axial computarizada de pulmón elaborada en medio particular con impresión diagnóstica de imágenes compatibles con proceso neoplásico peribronquial derecho, metástasis pulmonares en el lóbulo medio e inferior derecho y ganglionares, mediastinales, derrame pleural derecho y probable metástasis solitaria “vs” quiste en el segmento IV del hígado, estableció el diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, e indicó su referencia a Medicina Interna del HGZ-194 para atención integral.

65. El 11 de septiembre de 2017 V fue valorada por AR1, quien la reportó con peso de 55 kilogramos, con antecedente de cáncer de pulmón de un año de diagnóstico, en tratamiento con ipratropio con salbutamol, en valoración en el “CMN siglo XXI” en tratamiento con quimioterapias, tórax con campos pulmonares limpios, bien ventilados, sin agregados, estableció el diagnóstico de cáncer de

pulmón, e indicó insulina humana, salbutamol suspensión en aerosol, clonazepam tabletas y carbamazepina.

66. El 23 de julio de 2018 AR5, valoró a V y la encontró con peso de 53 kilogramos, cáncer de pulmón de un año de evolución controlado con broncodilatadores de mediana acción, así como quimioterapia cada 21 días en “CMN siglo XXI”, no internamientos recientes en hospital, tórax simetría en ambos hemitórax, movimientos de amplexión y amplexación⁵³ sin compromisos, adecuada entrada y salida de aire, murmullo vesicular sin compromisos, frémito vocal⁵⁴ sin alteración, no estertores o sibilancias, no se integra síndrome pleuropulmonar⁵⁵, estableció el diagnóstico de tumor maligno de pulmón, e indicó insulina humana, complejo b tabletas, ácido fólico tabletas, y clonazepam tabletas.

67. El 28 de agosto de 2018, V fue valorada por AR6, quien señaló que pesó 53 kilogramos, con cáncer de pulmón de un año de evolución controlado con broncodilatadores de mediana acción, así como quimioterapia cada 21 días en “CMN siglo XXI”, no internamientos recientes en hospital, tórax simetría en ambos hemitórax, movimientos de amplexión y amplexación sin compromisos, adecuada

⁵³ La amplexión y la amplexación determinan anomalías en la amplitud y simetría de los movimientos respiratorios; la amplexión examina los movimientos torácicos en el eje anteroposterior; la amplexación determina los movimientos hacia los lados

⁵⁴ Vibración de la pared del tórax cuando una persona habla o canta que permite que la voz de la persona sea escuchada por el examinador durante la auscultación del tórax con un estetoscopio.

⁵⁵ Los síndromes pleuropulmonares son una serie de complejos sindromáticos que afectan al sistema respiratorio bajo (entre los bronquios principales y los alvéolos pulmonares) y que comparten dos síntomas cardinales: tos y dificultad respiratoria. Si bien los síntomas son parecidos, estos síndromes tienen una fisiopatología bien diferenciada.



entrada y salida de aire, murmullo vesicular sin compromisos, frémito vocal sin alteración, no estertores o sibilancias, no se integra síndrome pleuropulmonar, estableció el diagnóstico de tumor maligno pulmón, e indicó insulina humana, butilhioscina gragea, metoclopramida tabletas, complejo B tabletas, clonazepam tabletas, metformina tabletas.

68. El 3 de octubre de 2018, V fue valorada por AR7, quien la reportó con peso de 52 kilogramos, en tratamiento de quimioterapia por cáncer de pulmón, estableció el diagnóstico de diabetes mellitus, e indicó insulina humana, complejo B tabletas, dextrometorfano jarabe, ácido fólico tabletas, metformina tabletas y clonazepam tabletas.

69. De lo que antecede, esta CNDH en la Opinión Médica señaló que el 24 de mayo de 2017, AR3 omitió realizar una adecuada valoración médica toda vez que señaló que la paciente tenía un peso de 75 kilos, recordando que seis días antes, el 18 del mismo mes y año, indicó que pesaba 57 kilos. Asimismo, AR1, AR3 y AR6 omitieron referir a la paciente al servicio de Oncología para revaloración de sus quimioterapias, y AR1, AR3, AR5, AR6 y AR7 omitieron referir a V a los servicios de Nutrición (controlar la pérdida de peso), Psicología (apoyo emocional) y Psiquiatría (manejo de trastornos como la depresión, insomnio, ansiedad), con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida. Además, AR7 omitió realizar exploración física completa, tomar signos vitales, describir la evolución del padecimiento, actualizar el cuadro clínico, establecer el pronóstico.

70. En ese sentido en la Opinión Médica se estableció que AR1, AR2 y AR3, incumplieron con la GPC del Cáncer de Pulmón en los numerales 2.1 y 2.2, los

cuales establecen que se recomienda que las personas fumadoras de tabaco suspendan el tabaquismo y eviten la exposición al humo, al asbesto, al humo de la leña, realizar actividad física, consumo de frutas y verduras; no se sugiere el uso de antiinflamatorios no esteroideos, de vitaminas A, C, E, folatos y selenio, ya sea solas o en diferentes combinaciones para disminuir el riesgo de cáncer de pulmón.

71. Igualmente la mencionada guía señala que en adultos mayores de 18 años asintomáticos con factores de riesgo para cáncer de pulmón, no se recomienda realizar radiografía de tórax como prueba de cribado⁵⁶, citología de esputo⁵⁷ como prueba de cribado, se recomienda que, a las personas de 55 a 74 años de edad, fumadoras activas o que dejaron de fumar en los últimos 15 años y que tengan índice de “tabaquismo ≥ 30 paquetes/año”, se refieran a la instancia de salud pertinente para que se les realice la tomografía computada de dosis baja de tórax como prueba de cribado, la tomografía computada de dosis baja de tórax se realice cada año, durante al menos tres años; se sugiere referir a personas con factores de riesgo para cáncer de pulmón asociado a síntomas respiratorios y hemoptisis⁵⁸, con o sin pérdida de peso, a la instancia de salud pertinente para que se lleve a cabo el protocolo diagnóstico.

⁵⁶ La prueba de screening o cribado constituye una medida de prevención secundaria que consiste en la realización de pruebas diagnósticas a sujetos que a priori se consideran sanos, a fin de detectar posibles patologías de forma precoz. Esto posibilita la mejora del pronóstico y la supresión o reducción tanto de la mortalidad como de las limitaciones asociadas.

⁵⁷ La citología de esputo es el estudio al microscopio de las células presentes en una muestra de esputo con la finalidad de comprobar si en él hay células anormales que indiquen la existencia de alguna enfermedad.

⁵⁸ Tos con sangre.



72. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, no realizaron la historia clínica de acuerdo con las necesidades específicas de la información de cada uno en particular, la cual debe contener un interrogatorio que incluya antecedentes patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

73. Además, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron con lo dispuesto por los artículos 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; 7, 8 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23, 27, 32 y 33 de la LGS, en los que se señala que el personal médico deberá en todo momento procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente; que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la actividad de atención médica es preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa, que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional éticamente responsable.

74. También AR1, AR2, AR3, AR5, AR6 y AR7 dejaron de observar lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual dispone que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

75. Adicionalmente, AR1, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 incumplieron con los numerales 4.1.1, 4.1.2.3, 4.2, 4.2.4.1, 4.2.6.4, 4.2.7.2, 4.2.11.1, 4.2.11.2, 4.2.11.3,



4.3.1 y 4.4 de la GPC Cuidados Paliativos, en los que se establece en términos generales que el paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral cuando lo requiera, multidisciplinaria, individualizada, continua y adaptada a su caso, el médico le proporcionará los cuidados paliativos desde el momento en que se diagnostique el estado terminal de la enfermedad, deberá realizar una evaluación interdisciplinaria, valorar los síntomas fuera de las expectativas curativas, informar de manera clara y sutil el pronóstico; brindar apoyo y consejo en caso de astenia⁵⁹ y anorexia⁶⁰-caquexia⁶¹ por parte del equipo para identificar las causas desencadenantes y dar tratamiento; ante la presencia de tos identificar las causas que requieren manejo específico o sintomático y ante el cáncer de pulmón valorar la quimioterapia paliativa, si la tos no responde al tratamiento puede utilizarse cromoglicato disódico, codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano; asimismo, si el paciente tiene depresión, ansiedad e insomnio debe referirlo con personal especializado en psicología o psiquiatría, para tratar el duelo.

❖ Atención médica brindada a V en el HGR-220

76. El 1° de junio de 2017 V acudió al HRZ-220, donde fue valorada por AR8, quien refirió los siguientes antecedentes de importancia, tumoración en parénquima pulmonar derecha detectada hace dos meses, en protocolo de estudio

⁵⁹ Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional

⁶⁰ Definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en los pacientes con anorexia.

⁶¹ Es el cuadro de desnutrición y pérdida de pesos que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente con cáncer de pulmón.

por la consulta externa de neumología, actualmente con tos de nueve meses de evolución, húmeda, productiva, con expectoración amarilla espumosa, no restos hemáticos, sin predominio de horario, no emetizante⁶².

77. Igualmente, AR8 señaló que V tenía pérdida de peso no intencionada de ocho kilogramos en cinco meses, astenia y adinamia⁶³ de inicio paulatino y crónico, disnea de moderados esfuerzos, no disnea paroxística nocturna⁶⁴, no ortopnea⁶⁵, campos pulmonares con base pulmonar derecha con disminución de las vibraciones vocales, percusión mate, murmullo vesicular abolido, tomografía simple de tórax, lesiones radio opacas parahiliares derechas, aspecto estrellado, con derrame pleural⁶⁶ ipsilateral, estableció el diagnóstico de tumoración pulmonar en estudio, e indicó continuar “tratamiento médico de base para antecedentes patológicos”, requirió estudios de laboratorio, nueva programación quirúrgica y valoración preoperatoria.

78. El 2 de junio de 2017, V fue valorada por AR9, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien refirió a V con diagnósticos de egreso neoplasia pulmonar derecha, derrame pleural derecho, metástasis hepática. En seguimiento por consulta externa de Neumología en esa unidad, con tos escasa no expectorante, no disneizante⁶⁷, sin datos de compromiso neurológico y hemodinámico y dio cita para el día nueve de ese mes y año para realizar

⁶² Vómito.

⁶³ Extremada debilidad muscular que impide los movimientos de la persona enferma.

⁶⁴ Dificultad respiratoria mientras se está acostado.

⁶⁵ Es la falta de respiración, o problemas respiratorios cuando se está acostado, esta enfermedad cardiaca surge por una congestión pulmonar, una sobredosis de líquido en los pulmones.

⁶⁶ Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

⁶⁷ Sensación subjetiva de falta de aire o de dificultad respiratoria.

broncoscopia; asimismo, señaló “continuar con medicamentos previamente establecidos”.

79. El 8 de junio de 2017, V fue valorada por AR10 quien la reportó con tumor en pulmón derecho de un mes y medio de identificación clínica en seguimiento por el servicio de Neumología por AR9, ingresó para realización de broncoscopia, indicó que V refirió cefalea holocraneal⁶⁸ pulsátil, intensidad 9/10, así como dolor subcostal bilateral por tos constante, continua con tos productiva blanquecina, negó fiebre, con exostosis⁶⁹ en región frontal, paladar blando con petequias⁷⁰, presencia de adenopatía supraclavicular⁷¹ derecha, tórax asimétrico con mayor volumen y movimientos reducidos en hemitórax derecho, presencia de disminución de la transmisión de la voz, región subescapular⁷² derecha con matidez ipsilateral⁷³, presencia de estertores crepitantes⁷⁴ interescapulovertebral derecha, estableció como impresión diagnóstica tumoración pulmonar en estudio.

80. En la Opinión Médica realizada por este Organismo Nacional se estableció que AR8, AR9 y AR10 omitieron solicitar valoración por el servicio de Oncología, pasando inadvertido que cursaba con una neoplasia maligna pulmonar ya

⁶⁸ Dolor en toda la cabeza.

⁶⁹ Es un tumor benigno del hueso que aparece como una nueva formación en la superficie de un hueso normal.

⁷⁰ Manchas redondas pequeñas que aparecen como consecuencia de un sangrado.

⁷¹ Las adenopatías supraclaviculares son las que más se relacionan con enfermedades malignas, a nivel intratorácico o intraabdominal. Hay que tener presente que el drenaje linfático del tórax y el mediastino se dirige bilateralmente hacia estos ganglios, mientras que el conducto torácico que lleva el drenaje linfático abdominal drena en la vena innominada, ubicada en la región supraclavicular izquierda.

⁷² El subescapular es uno de los músculos del hombro y forma parte del manguito de los rotadores.

⁷³ Perteneciente o que camina por el mismo lado del cuerpo.

⁷⁴ Estertores crepitantes. Son los ruidos discontinuos pulmonares más frecuentes. A pesar de muchos intentos para distinguir de forma más precisa diferentes tipos de estertores crepitantes, la clasificación más útil es la que los diferencia en finos y gruesos.



documentada y en tratamiento con quimioterapia, referirla a los servicios de Nutrición (controlar la pérdida de peso), Psicología (apoyo emocional), Psiquiatría (manejo de trastornos como la depresión, insomnio, ansiedad), y Cirugía General (valorar tratamiento del derrame pleural mediante drenaje), así como incorporarla a un programa de cuidados paliativos con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida. Además de que AR10 pasó por alto solicitar valoración por Neumología y enviar a clínica del dolor para manejo de éste.

81. El 9 de junio de 2017, V fue valorada por AR11 personal médico adscrita al servicio de Medicina Interna, quien la refirió con tumoración en pulmón derecho de un mes de diagnóstico, en protocolo de estudio, señaló que con esa fecha se realizaría broncoscopia, e indicó que V manifestó cefalea holocraneal de intensidad 7/10, la encontró afebril, tórax con murmullo vesicular disminuido, con presencia de matidez en región infraescapular⁷⁵ derecha, solicitó tomografía axial computarizada de cráneo, abdomen y pelvis para descartar metástasis.

82. A las 15:45 horas del 9 de junio de 2017, V ingresó a quirófano para la realización de broncoscopia a cargo de un médico Neumólogo, quien reportó que no se le había informado que el broncoscopio se encontraba en reparación, teniendo a V en el quirófano y al abrir el maletín se encontró ausente el aparato, por lo que se subió a V a piso nuevamente, se platicó el caso con AR11 para que determinara si se enviaba al Hospital Centro Médico Nacional “La Raza” o continuara en hospitalización.

⁷⁵ Región infraescapular. Se localiza entre la horizontal que pasa por el ángulo de ambas escápulas y la línea duodécima dorsal.



83. Los días 10 y 11 de junio de 2017, V fue valorada por AR12, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien señaló como diagnóstico, tumoración pulmonar en estudio e indicó que V manifestó la persistencia de tos y cefalea holocraneana; a la exploración física la encontró con los campos pulmonares con hipoventilación basal derecha, con matidez a la percusión, no crépitos audibles, y decidió enviarla a tercer nivel de atención, y estableció que estaba en espera de folio.

84. En ese sentido en la Opinión Médica, se estableció que AR12 omitió realizar una adecuada valoración y no advirtió que se suspendió el estudio por falta de broncoscopio, por lo que debió solicitar interconsulta a tercer nivel de atención para agendar nueva cita con el propósito de realizar el estudio.

85. Los días 12, 13, 14, 15 y 16 de junio de 2017, V fue valorada por AR11, quien la refirió con el diagnóstico de tumoración pulmonar en estudio; asimismo señaló que V se encontraba estable, en espera de envío a tercer nivel de atención médica para realización de broncoscopia, y que acudió a “CMR” para realización de “broncoscopia (fuera de tiempo)” en espera del resultado para normar conducta.

86. El 17 y 18 de junio de 2017, V fue valorada por AR12, quien indicó que V acudió al “CMR” para realización de broncoscopia, la cual no se realizó por falta de insumos, y la encontró asintomática, y mencionó que continuaba en espera de ser enviada a “CMR” el día 19 siguiente para que se le efectuara la broncoscopia.



87. El 19 y 20 de junio de 2017, V fue valorada por el AR13, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien señaló que recibió reporte de broncoscopia que reportó los como hallazgos, engrosamiento de la pleura parietal en toda su extensión, pleura visceral ligeramente engrosada, en ambas pleuras se percibieron lesiones blanquecinas que se encuentran en región basal del parénquima y diafragma.

88. AR13 señaló que el parénquima pulmonar se apreció antracótico y parcialmente colapsado, por lo que se toma biopsia de pleura parietal y visceral además biopsia para cultivo. Cultivos de barr (sic) y citología de líquido pleural, se interconsulta al servicio de Neumología para normar conducta; asimismo mencionó que V refirió ligero dolor en sitio de sonda endopleural, encontrándola estable y señaló que ya se había valorado por el servicio de Neumología quien solicitó rayos X de tórax de control, y especificó que con esa fecha V sería valorada por AR9 para normar conducta, y que las biopsias, citológicos y cultivos se entregarían a patología y laboratorio.

89. En las mismas fechas, esto es, el 19 y 20 de junio de 2017, V fue valorada por AR9, quien señaló que se le había realizado toracoscopia (no broncoscopia como se solicitó); sin embargo, la toracoscopia incrementa la posibilidad diagnóstica, con sello endopleural⁷⁶ (esperado por el tipo de procedimiento) con drenaje serohemático; e indicó que debía continuar con la succión, solicitar rayos X de tórax al siguiente día el día para valorar la reexpansión.

⁷⁶ Una sonda pleural es un tubo flexible y hueco puesto dentro del tórax que actúa como drenaje. Las sondas pleurales permiten la salida de sangre, líquido o aire desde el espacio alrededor de los pulmones, el corazón o el esófago. Se hace para permitir que los pulmones se expandan completamente. Así es como funciona el sello endopleural.



90. AR9 observó rayos X de tórax con rotación con elevación de hemidiafragma derecho⁷⁷ con ángulo costo diafragmático derecho aparentemente libre con “SEP” (sic) no visible (probable por la rotación y sobre posición costal) no hay enfisema cutáneo con drenaje serohemático, se encontró sin criterios de tracción a la fijación, se cambiaron gasas, y consideró no ponerle movilización y solicitar rayos X de tórax al siguiente día de acuerdo a drenaje y que se valoraría conducta a seguir; además de que no había evidencia de neumotórax.

91. Al respecto en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se señaló que el hecho de que le practicaran a V una toracoscopia en lugar de una broncoscopia tuvo como consecuencia la exposición innecesaria a un procedimiento más invasivo que afectó aún mas el deterioro estado de salud de V.

92. Los días 21 y 22 de junio de 2017, V fue valorada por AR14, médico adscrito a Medicina Interna, quien reportó a la exploración física, asintomática, con campos pulmonares bien ventilados, sitio de colocación de sonda endopleural sin datos de infección, no sangrado activo.

93. Indicó que valoró el retiro de sonda endopleural y conducta a seguir, y señaló que se reporta cultivo de líquido pleural para BAAR negativo, y que estaba

⁷⁷ El hemidiafragma derecho normalmente está un poco más elevado que el izquierdo. Una causa frecuente de alteración de esta relación es un procedimiento de cirugía pulmonar, cuando la disminución del volumen de un hemitórax tira del diafragma hacia arriba.



en espera de decisión para realizar pleurodesis⁷⁸ conforme a la decisión, se valoraría el retiro de sonda endopleural, informó que el citológico se reportaría hasta dentro de 15 días y que la biopsia podía tardar hasta un mes por exceso de trabajo, esperando el pronto egreso de V y continuación de estudio de tumoración por la consulta externa.

94. En las mismas fechas, AR9 valoró a V y señaló que se platicó sobre la posibilidad de pleurodesis y se decidió no aceptarla, se valoraría el drenaje y ante la negación se decidió retirar sonda endopleural sin incidentes o complicaciones, e indicó que al día siguiente podría ser dada de alta y valorar los resultados de la biopsia por consulta externa.

95. El 23 de junio de 2017, V fue valorada por AR14, quien refirió que el motivo del egreso era mejoría, con diagnósticos de egreso tumoración pulmonar en estudio, realización de toracoscopia de control, derrame pleural remitido, asintomática, afebril, tolerando vía oral, uresis y evacuaciones al corriente, saturación 90% sin apoyo de O2 complementario, retiro de sonda endopleural, en ese momento estable, campos pulmonares bien ventilados sin agregados.

96. Además, señalo que el Centro Médico la Raza envió reporte de toracoscopia que reporta probable adenocarcinoma vs tb (tuberculosis) pulmonar y se envió biopsias de pleura visceral y parietal, así como muestras para cultivo de líquido pleural para BAAR procesado en esa unidad reporta negativos. Agregando

⁷⁸ La pleurodesis es un procedimiento que a veces se realiza para aliviar los derrames pleurales (acumulación de líquido entre las membranas que rodean los pulmones) que se repiten debido al cáncer de pulmón y otras afecciones.

que quedaban en espera de los resultados de biopsia para normar conducta, visto por la consulta externa, e indicó como plan, alta del servicio de Medicina Interna, y cita en la consulta externa del servicio de Neumología al tener reporte de biopsias

97. De lo anterior, esta Comisión Nacional en la Opinión Médica estableció que AR9, AR11, AR13 y AR14, omitieron solicitar valoración por el servicio de Nutrición (controlar la pérdida de peso), Psicología (apoyo emocional), Psiquiatría (manejo de trastornos como la depresión, insomnio, ansiedad), e ingresarla a un plan de cuidados paliativos con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida; así como a Clínica del Dolor por parte de AR11.

98. En ese sentido, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, incumplieron lo establecido en los numerales 4.1.1, 4.1.2.3, 4.2, 4.2.4.1, 4.2.6.4, 4.2.11.1, 4.2.11.2, 4.2.11.3, 4.3.1 y 4.4 de la GPC Cuidados Paliativos; así como con lo establecido en los artículos 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7, 8, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 23, 27 y 33 de la LGS.

❖ **Atención médica brindada a V en el HOCMN-SXXI**

99. El 1 de enero de 2018, V fue valorada en el HOCMN-SXXI por AR15, quien estableció como diagnóstico cáncer de pulmón etapa IV, y mencionó que V acudió por presencia de tos productiva, astenia progresiva, picos febriles hasta 38.5°C, disnea aguda, mialgias-artralgias, dolor torácico postraumático posterior a caída de su propia altura, y que la encontró a la exploración física con debilidad



generalizada, quejumbrosa, palidez de tegumentos, deshidratación severa, dolor generalizado, e indicó como plan, revaloración por servicio de Onco-Médica.

100. Ese mismo día a las 15:00 horas, AR16 coordinador médico en turno, valoró a V y la refirió con diagnóstico de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, señaló que V refirió iniciar hace cinco días con presencia de astenia y adinamia, malestar general, hiporexia, vértigo, así como presencia de picos febriles de 38°C sin predominio de horario, además de cambio en las características del esputo por las mañanas y lo reportó como amarillento, aunado a que manifestó que ese mismo día presentó debilidad en extremidades inferiores, palidez de tegumentos y mucosas +, mucosa oral deshidratada+++.

101. Con reporte de laboratoriales de glucosa 403, y que acudió por presentar descontrol metabólico por hiperglucemia, con datos importantes de deshidratación, sin datos de toxicidad por quimioterapia, e indicó que inició hidratación parenteral y se decidió como plan su envío a su “HGZ” para continuar con vigilancia y manejo.

102. El 4 de enero de 2018, fue valorada por AR17, quien señaló como diagnóstico cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, toxicidad alopecia grado II, estertores subcrepitantes bilaterales, disminución de ruidos respiratorios, buena tolerancia por lo que mencionó que inició quinto ciclo de “CBP” y el primero de pemetrexed (Inyección que se usa en combinación con otros medicamentos de quimioterapia como un primer tratamiento para cierto tipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas que se ha esparcido a otros tejidos cercanos u otras partes



del cuerpo), con cita para Medicina Interna para control glucémico, y cita “ce de OM” en tres semanas.

103. El 25 de enero de 2018, AR18 valoró a V y la refirió con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar, y la envió para control metabólico, y estableció como plan, dieta para diabético 1500 kcal fraccionada en quintos, insulina intermedia y dejó cita subsecuente para Medicina Interna.

104. El 6 de febrero de 2018, V fue valorada por AR19 quien indicó el diagnóstico antes señalado, e indicó que V refirió náuseas y vómito, se realizó segundo ciclo de mantenimiento (quimioterapia) y dejó cita en tres semanas.

105. El 26 de febrero de 2018, V fue valorada por AR20, quien la refirió con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar, y la envió para control metabólico, señaló que tenía glucosa 81 y estableció como plan continuar con dieta para diabético 1500 kcal fraccionada en quintos, insulina intermedia, y la envió a su Unidad de Medicina Familiar para dotación mensual de medicamentos.

106. El 27 de febrero y 26 de marzo de 2018, AR19 y AR21 valoraron a V, y señalaron, respectivamente, que padecía de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, que se había realizado tercer y cuarto ciclo de mantenimiento, y dejaron cita en tres semanas.

107. El 20 de abril de 2018, AR19 valoró a V y señaló el mencionado diagnóstico de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, y que era candidata para continuar con pemetrexed y dio cita en 21 días. En fecha 21 mayo y 11 de junio de



esa anualidad, AR22 revisó a V y estableció el mismo diagnóstico e indicó quinto, sexto y séptimo ciclo de quimioterapia, así como cita en tres y seis semanas, respectivamente.

108. Los días 23 y 31 de julio de 2018, V fue valorada por AR19, quien señaló el diagnóstico de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, síntomas tos con expectoración y que se dio octavo ciclo de quimioterapia, nueva lesión en segmento hepático III no visible en estudio previo.

109. El 23 de agosto de 2018, AR17 valoró a V y refirió diagnóstico de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, señalando que V indicó que tuvo incremento de tos; asimismo estableció que era candidata a “segunda línea” y cita a “ce de OM” con laboratorio en tres semanas.

110. Los días 13 de septiembre, 4 y 25 de octubre y 2 de noviembre de 2018, V fue valorada por AR19, quien hizo referencia al cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, progresión hepática, síntomas por tumor tos grado dos, diarrea grado dos, cólicos abdominales, fatiga grado dos y dio cita a “ce de OM” con laboratorios en tres semanas.

111. Además, indicó la segunda línea docetaxel⁷⁹; segundo y tercer ciclo de quimioterapia, constipación grado uno, tomografía axial computarizada con datos de progresión hepática y pulmonar, se envió al servicio de Tórax por derrame loculado⁸⁰ a valorar toracocentesis guiada, señaló que V acudió de manera espontánea con disnea, tos seca en acceso, con “sx” (síntomas) de derrame pleural derecho, inicio soporte con oxígeno suplementario y dio cita en tres semanas.

112. El 16 de noviembre de 2018, AR23 valoró a V y señaló el diagnóstico de cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, progresión hepática y pleural, tos seca – disnea de medianos esfuerzos, con síntomas de derrame pleural derecho, solicitó tele de tórax y revalorar para toracocentesis⁸¹.

113. El 16 de noviembre y 7 de diciembre de 2018, fue valorada por AR17, quien la refirió con cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, progresión hepática y pleural, y que el día 16 se realizaría toracocentesis por servicio Quirúrgico, que V tenía náuseas grado uno, fatiga grado uno, estreñimiento grado uno, vómito grado uno y dolor hipocondrio derecho intermitente, se indicó segundo y tercer ciclo y dio cita en tres semanas; además de que V informó que la tos había aumentado de intensidad, disnea de medianos esfuerzos, percibe disminución del estado funcional, dolor en tórax posterior derecho leve a moderado, cefalea que asocia

⁷⁹ Se usa solo o en combinación con otros medicamentos para tratar ciertos tipos de cáncer de seno, de pulmón, de próstata, de estómago y de cabeza y cuello. El docetaxel inyectable pertenece a una clase de medicamentos llamados taxanos. Actúa al detener el crecimiento y la propagación de las células cancerosas.

⁸⁰ Loculado: dividido en pequeñas cantidades

⁸¹ Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica.

con los episodios de tos leve holocraneana, un episodio de hemoptisis de bajo volumen, derrame pleural derecho, con más síntomas, a descartar progresión clínica, le pidió tomografía axial computarizada de cráneo a abdomen y que no era candidata a segunda drogas.

114. El 23 de diciembre de 2018, AR19 valoró a V y señaló cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, e indicó que la tomografía axial computarizada de fecha 16 de ese mes y año reportó reducción de actividad tumoral hasta 4%, con enfermedad estable, así como que se dio quinto ciclo de seis programadas y programó cita en tres semanas.

115. El 21 de enero de 2019, V fue valorada por AR24 quien mencionó el mismo diagnóstico con progresión hepática y pleural, náusea grado uno, fatiga grado uno, neuropatía grado dos, mejoría de tos, cefalea moderada, indicó sexto y último ciclo y alta de oncología médica, así como cita a Tumores de Tórax para vigilancia.

116. El 5 de marzo de 2019, AR25 valoró a V y refirió que padecía de adenocarcinoma pulmonar etapa IV, con presencia de náuseas y vértigo acompañado de fosfenos⁸² y que había terminado las quimioterapias por lo que fue enviada al servicio para valoración de Tx (tratamiento) Qx (cirugía) y vigilancia, solicitó nueva tomografía axial computarizada de tórax con contraste IV para valorar actividad tumoral, así como metástasis hepática.

⁸² Un fosfeno es un fenómeno caracterizado por la sensación de ver manchas luminosas que está causado por la estimulación mecánica, eléctrica o magnética de la retina o corteza visual.



117. El 13 de marzo de 2019, V fue valorada por primera vez por personal del área de Psicología, y el 5 de abril de ese mismo año, es valorada por AR26 quien señaló que V tenía cáncer de pulmón etapa IV adenocarcinoma, reportando la tomografía axial computarizada del 29 de marzo de esa anualidad, progresión de la enfermedad a nivel pleural y a nivel lóbulo inferior derecho, así como que V continuaba con tos, y que había cumplido con la tercera línea de quimioterapia y la envió al servicio de Oncología Médica para valorar tratamiento paliativo.

118. El 19 de abril de 2019, V fue valorada AR27, quien señaló el diagnóstico antes referido, mismo que tenía progresión hepática y pleural, así como que V tenía desaturación de hasta 65%, con derrame pleural derecho, e indicó oxígeno suplementario, así como solicitó radiografía de tórax, laboratoriales y valoración por Oncología Médica.

119. El 26 de abril de 2019, AR17 valoró a V e indicó adecuadamente la toracocentesis para mejorar la ventilación y brindarle en la medida de lo posible confort a V, quien cursaba con cáncer terminal fuera de manejo curativo.

120. En ese sentido, el personal médico de esta CNDH señaló en la Opinión Médica, que AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27 omitieron solicitar valoración por el servicio de Nutrición y Clínica del Dolor, como parte del plan de cuidados paliativos de esta paciente terminal con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida, ya que se encontraba fuera de tratamiento curativo; además, AR15, AR16, AR17, AR18,



AR19, AR20, AR21, AR22, AR23 no pidieron atención por el área de Psicología y Psiquiatría, y AR27 a Medicina Interna.

121. Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, se estableció que AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27, incumplieron con la GPC Cuidados Paliativos, en sus numerales 4.1.1, 4.1.2.3, 4.2, 4.2.2, 4.2.6.4, 4.2.11.1, 4.3.1 y 4.4; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su numeral 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en lo dispuesto por los artículos 7, 8, 9, y 48; y con la LGS en los diversos 23, 27, 33.

122. Además, AR15, AR16, AR17, AR19, AR24 incumplieron con lo señalado en los numerales 4.2.4.1; y AR15, AR17, AR19 y AR24 con el 4.2.4.3, así como AR15, AR17, AR19 con los diversos 4.2.7.1 y 4.2.7.2, de GPC Cuidados Paliativos.

123. Asimismo, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se indicó que posterior al 26 de abril de 2019, V recibió atención adecuada; y se advirtió que desde la primera vez que se reportó a V con dolor y hasta que fue valorada por primera vez en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HOCMN-XXXI, pasaron dos años, dos meses y 28 días.

124. Siendo así que con fecha 21 de mayo de 2019, V falleció, y se estableció en el acta de defunción como causas de la muerte cáncer de pulmón de tres años de evolución y diabetes mellitus tipo II de 15 años.



125. Por otro lado, cabe señalar que del expediente clínico no se desprendió evidencias para determinar la atención que se le brindó a V en el “INCAN”, en el “CMR” y HGZ-194.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO

126. La dignidad humana es el fundamento de los derechos humanos, mismo que debe ser respetado, cumplido y garantizado por el Estado mexicano y, entendido éste como “la prerrogativa que tiene todo ser humano a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acorde con las expectativas, en un mínimo de bienestar, generalmente aceptadas por los miembros de la especie humana y reconocidos por el orden jurídico”⁸³.

127. El derecho humano al trato digno “tiene una importante conexión con otros derechos, tales como el derecho a la seguridad jurídica, a la igualdad, a la salud, a la integridad, a la no discriminación, derechos económicos, sociales y culturales, además de que implica un derecho para el titular, que tiene como contrapartida la obligación de la totalidad de los servidores públicos, de omitir las conductas que vulneren las condiciones mínimas de bienestar, particularmente los tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, que coloquen a la persona en esta condición de no hacer efectivos sus derechos; implica también, la facultad de ejercicio obligatorio de los servidores públicos”, de acuerdo con sus respectivas

⁸³ Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos, Porrúa y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, segunda edición, página 273.



esferas de competencia, de llevar a cabo las conductas que creen las condiciones necesarias para que se verifique el mínimo de bienestar”⁸⁴.

128. El derecho humano al trato digno está reconocido en los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafo quinto; 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 11.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y V de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

129. El artículo 7, fracción V de la Ley General de Víctimas establece que: “(...) las víctimas tendrán, entre otros los siguientes derechos: A ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos por parte de los servidores públicos y, en general, por el personal de las instituciones públicas responsables del cumplimiento de esta Ley (...)”.

130. La SCJN en su tesis denominada “DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES” establece lo siguiente:

“El artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razones étnicas o de nacionalidad, raza, sexo, religión o cualquier otra condición o

⁸⁴ Ibidem.

circunstancia personal o social que atente contra la dignidad humana y que, junto con los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México, reconocen el valor superior de la dignidad humana, es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose como un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos, en cuanto son necesarios para que los individuos desarrollen integralmente su personalidad, dentro de los que se encuentran, entre otros, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal. Además, aun cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución General de la República, están implícitos en los tratados internacionales suscritos por México y, en todo caso, deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad”⁸⁵.

131. Igualmente, dicho Tribunal Supremo en la tesis “DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO

⁸⁵ SCJN. “DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES”, Semanario Judicial de la Federación, diciembre 2009, registro 165813.



FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA”, señaló:

“La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada”⁸⁶.

⁸⁶ SCJN. “DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA”, Semanario Judicial de la Federación, agosto 2016, registro 2012363.



132. En el presente caso, la UMF 61, el HGR 220 y el HOCMN-SXXI no proporcionaron a la agraviada la atención oportuna que requería para controlar la condición dolorosa de su padecimiento oncológico que constituyó un factor determinante en el deterioro de su salud al prolongar su sufrimiento y disminuyendo aún más su calidad vida, desestimando la presencia de factores de riesgo para cáncer de pulmón, vulnerándose con ello, también el derecho a un trato digno.

133. Por lo anterior, para esta Comisión Nacional es relevante hacer un pronunciamiento en el sentido de que, en el presente caso, vinculado con los agravios al derecho a la protección de la salud de V, se transgredió el trato digno, toda vez que las personas que viven con cáncer deben recibir atención médica especial, multidisciplinaria, competente y apropiada y con dignidad en todas las etapas de la enfermedad.

134. Por lo antes expuesto, en el presente caso se evidenció una falta de sensibilización en el trato que se proporcionó a V y a QV por parte del personal médico involucrado en su atención, pues QV fue quien en todo momento fungió como red de apoyo hacia V y acudió a diversas instancias para que le otorgaran a V el servicio médico que requería su padecimiento oncológico, sin que se le brindara el mismo durante 2 años, 2 meses y 28 días.

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

135. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información,

determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁸⁷

136. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,⁸⁸ esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”⁸⁹.

137. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de

⁸⁷ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

⁸⁸ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁸⁹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.



salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”⁹⁰.

138. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias 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 y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. 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 su estado de salud⁹¹.

139. Del análisis al expediente clínico de V, personal médico de esta Comisión Nacional destacó las siguientes irregularidades en su integración.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

140. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general

⁹⁰ Introducción, párr. dos.

⁹¹ CNDH, párr. 34.



omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico al haber advertido ausencia de notas médicas en el periodo comprendido del 7 al 22 de abril de 2017, nombres completos del personal de salud, especialidad, cédula o firma, por lo cual se solicitará la emisión de una circular para que personal de la UMF-61, servicio de Medicina Interna del HGR-220, de Oncología Médica, Medicina Interna y Tumores Tórax del HOCMN-SXXI, ajusten sus notas a la precitada Norma Oficial Mexicana.

141. En ese sentido, el personal de esta Comisión Nacional en la Opinión Médica advirtió que no se pudo establecer el nombre completo, cargo, cédula o matrícula de AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR16, quienes elaboraron las notas de los días 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 de junio de 2017, así como la del 1 de enero de 2018 de las 15:00 horas, por lo que incumplieron con el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico, el cual indica que todas las notas en el expediente clínico deberán contener, fecha, hora y nombre completo.

142. Además, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, no dieron cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 6.1 de la NOM-Del expediente clínico, el cual establece que el personal médico debe realizar la historia clínica de acuerdo con las necesidades específicas de la información de cada uno en particular, la cual debe contener un interrogatorio que incluya antecedentes patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

143. Las omisiones en que incurrieron, si bien en opinión del personal médico de este Organismo Nacional no incidieron en la evolución de la enfermedad de V,

sí constituyen falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, o bien, para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, así como de QV, a que se conociera la verdad, por lo que se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

144. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V en reiteradas ocasiones, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección a la salud como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

144.1. AR1, AR2, AR3, omitieron realizar un interrogatorio dirigido a detectar factores de riesgo de la tos crónica o para cáncer de pulmón, y AR2 y AR3 desestimaron investigar la pérdida de peso, además de que AR3 no la refirió a segundo nivel de atención para inicio de protocolo de estudio.

144.2. AR3 y AR4 desestimaron el antecedente de cáncer pulmonar bajo tratamiento y omitieron referir a V a seguimiento de sus quimioterapias, así



como AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 no solicitaron los servicios de Nutrición, Psicología y Psiquiatría.

144.3. AR1, AR3 y AR6 omitieron referir a la paciente al servicio de Oncología para revaloración de sus quimioterapias

144.4. AR7 omitió realizar exploración física completa, tomar signos vitales, describir la evolución del padecimiento, actualizar el cuadro clínico, y establecer el pronóstico.

144.5. AR8, AR9 y AR10 omitieron solicitar valoración por el servicio de Oncología, referir a V a los servicios de Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Cirugía General, así como incorporarla a un programa de cuidados paliativos con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida. Además de que AR10 pasó por alto solicitar valoración por Neumología y enviar a V a clínica del dolor para manejo de este.

144.6. AR12 omitió realizar una adecuada valoración, pasó por alto la suspensión del estudio por falta de broncoscopio, así como solicitar interconsulta a tercer nivel de atención.

144.7. AR9, AR11, AR13 y AR14, omitieron solicitar valoración por el servicio de Nutrición, Psicología, Psiquiatría e ingresarla a un plan de cuidados paliativos; así como a Clínica del Dolor por parte de AR11.

144.8. AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27 omitieron solicitar valoración por el servicio de Nutrición



y Clínica del Dolor; además, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23 no pidieron atención por el área de Psicología y Psiquiatría, y AR27 de Medicina Interna.

144.9. AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR16, omitieron dar cumplimiento a lo señalado en la NOM-Del Expediente Clínico.

145. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevé que “Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...” y “Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución (...)”.

E.2. Responsabilidad institucional

146. No pasó inadvertido para este Organismo Nacional, de acuerdo con la



Opinión Médica, el hecho de que el broncoscopio se encontraba en reparación, así como la falta de insumos, por lo que el personal de salud, directivo, administrativo, del área de jefatura o quien corresponda, encargado del mantenimiento, resguardo y buen uso del broncoscopio incumplieron con lo dispuesto en el artículo 19, fracción I, y 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como con el diverso 3 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, los cuales en términos generales señalan que se debe establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca y que los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos, así como que el Instituto proporcionará en los términos de la Ley, los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los derechohabientes.

147. Lo anterior, también incumple con lo dispuesto en el artículo 1º Constitucional el cual se establece que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

148. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva



sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

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

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

150. 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 1º, 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 una persona servidora pública 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 del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

151. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y al trato digno de V, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio, así como, de QV, a quien se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

152. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es



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

153. El IMSS deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, a fin de que dicho Instituto realice un pago justo con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

154. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la Ley General de Víctimas, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

155. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, atención psicológica y tanatológica por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.



156. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible con consentimiento de la víctima indirecta con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, medicamentos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

157. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"⁹².

158. La compensación deberá otorgarse a QV de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de V, considerando los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos; es por ello que el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración

⁹² "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

iii. Medidas de Satisfacción

159. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

160. Al respecto, se deberá colaborar con el Órgano Interno de Control en el IMSS en el trámite y seguimiento de los procedimientos de investigación radicados por esa instancia bajo los números de Expedientes 2 y 3, por la inadecuada atención médica proporcionada a V; asimismo, deberá indagar la identidad y nombres completos de AR8 y AR10, a fin de determinar y/o deslindar su responsabilidad, tomando en cuenta para ello lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento; así como de las advertidas en la integración del expediente clínico, y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.



iv. Medidas de no repetición

161. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

162. Las autoridades del IMSS, en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán impartir un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno basado en la GPC Cuidados Paliativos, GPC del Cáncer de Pulmón, la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos en particular a AR1, AR4, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27, personal de la UMF-61, servicio de Medicina Interna del HGR-220, de Oncología Médica, Medicina Interna y Tumores Tórax del HO CMN-SXXI; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a las personas participantes. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto



recomendatorio cuarto.

163. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de la UMF-61, del HGR-220, y HOCMN-SXXI, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico conforme a la NOM-Del Expediente Clínico, así como el efectivo cumplimiento de las GPC Cuidados Paliativos y GPC del Cáncer de Pulmón, para que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

164. En el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá realizar las acciones necesarias a fin de que los broncoscopios del HGR-220, se encuentren en óptimas condiciones y cuenten con los insumos para la realización de dicho estudio. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

165. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva



con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible con consentimiento de la víctima indirecta, con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, medicamentos; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el IMSS, en el trámite y seguimiento de los procedimientos de investigación radicados por esa instancia bajo los números de Expedientes 2 y 3, por la inadecuada atención médica proporcionada a V; asimismo, deberá indagar la identidad y nombres completos de AR8 y AR10, a fin de determinar y/o deslindar su responsabilidad, tomando en cuenta para ello lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento; así como de las advertidas en la integración del expediente clínico, y dé cabal



cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en el término de seis meses, contados 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 relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en la GPC Cuidados Paliativos, GPC del Cáncer de Pulmón, la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos en particular a AR1, AR3, AR4, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26 y AR27, personal de la UMF-61, servicio de Medicina Interna del HGR-220, de Oncología Médica, Medicina Interna y Tumores Tórax del HOCCMN-SXXI; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a las personas participantes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal de la UMF-61, servicio de Medicina Interna del HGR-220, de Oncología Médica, Medicina Interna y Tumores Tórax del HOCCMN-SXXI con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico conforme a la NOM-Del Expediente Clínico,



así como el efectivo cumplimiento de las GPC Cuidados Paliativos y GPC del Cáncer de Pulmón, para que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá realizar las acciones necesarias a fin de que los broncoscopios del HGR-2020, se encuentren en óptimas condiciones y cuenten con los insumos para la realización de dicho estudio; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. 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.

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



167. 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.

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

169. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA



CEFM