



RECOMENDACIÓN No. 47/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR NEGLIGENCIA MÉDICA POR OMISIÓN Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO V, EN DISTINTOS HOSPITALES DEL IMSS.

Ciudad de México, 26 de julio 2019

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2018/3778/Q, sobre el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley

General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

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

NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>"Del expediente clínico"</i>	NOM-Del Expediente
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Fascitis Necrosante	Guía de Fascitis Necrosante
Unidad de Medicina Familiar 93 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México.	UMF 93

Hospital General de Zona 68 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México.	Hospital General 68
Hospital de Traumatología y Ortopedia “ <i>Magdalena de las Salinas</i> ” del IMSS, en la Ciudad de México.	Hospital “ <i>Magdalena de las Salinas</i> ”
Centro Médico Nacional “ <i>La Raza</i> ” del IMSS, en la Ciudad de México.	Centro Médico “ <i>La Raza</i> ”
Hospital General Regional 196 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México.	Hospital General 196

I. HECHOS.

5. El 7 de mayo de 2018 se recibió en este Organismo Nacional el escrito de queja de Q, en la que denunció que V, adulto de 38 años de edad, analista en sistemas, quien padece de diabetes mellitus tipo II (enfermedad crónica ocasionada por la producción insuficiente de insulina o por su ineficaz uso por el organismo) de 12 años de evolución, el 11 de septiembre de 2017 fue a consulta en la UMF 93, por presentar inflamación en el dedo índice de la mano derecha, pues el 5 de septiembre de ese año recibió una picadura de insecto, y, a pesar que lo revisó un médico en su lugar de trabajo, continuaba la sintomatología. En dicha ocasión el personal médico lo diagnosticó con “*celulitis*” médica (proceso agudo inflamatorio de origen infeccioso en dermis profunda y tejido subcutáneo), estableciendo tratamiento médico ambulatorio.

6. El 13 de septiembre del mismo año, V acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General 68, ya que su dedo presentaba mayor inflamación y cambio de color, observando el personal médico que presentaba “*tejido necrótico*” (tejido muerto derivado de un proceso infeccioso grave), razón por la que se determinó su envío al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, donde se realizó valoración en la Unidad Médica de Alta Especialidad “*Dr. Victor de la Fuente Narváez*”, mostrando una clasificación con

15 puntos de urgencia, circunstancia por la que se le informó que debía acudir de forma inmediata al Centro Médico “*La Raza*”.

7. El mismo 13 de septiembre de 2017, V ingresó al Servicio de Urgencias del Centro Médico “*La Raza*”, siendo valorado por especialistas en toxicología, angiología y cirugía vascular, así como por cirugía plástica y reconstructiva, servicios que le diagnosticaron *celulitis* médica y *lesión gangrenosa* (tipo de necrosis donde se extiende la afectación de tejido muerto) en dedo índice con riesgo de amputación, estableciendo su traslado al Hospital General 196 el día 15 de septiembre de 2017, al determinarse que no contaba con criterios para manejo quirúrgico. El 17 de septiembre de ese año, V solicitó su alta voluntaria del Hospital General 196 con la finalidad de allegarse de una segunda opinión médica, por que no mostraba mejoría.

8. El 18 de septiembre de 2017, V acudió a un servicio médico particular, siendo diagnosticado con “*necrosis diabética*” (padecimiento necrótico asociado a complicaciones inherentes a enfermedad diabética, tal como vulnerabilidad infecciosa) y “*fascitis necrosante*” (infección severa de la piel, de progresión rápida), procediéndose a la hospitalización para la amputación en dicho servicio privado de su dedo índice derecho, del que egresó el 25 de septiembre de ese año.

9. El 26 de septiembre de 2017, V acudió a la UMF 93 para el trámite de incapacidades, y tras una nueva valoración se determinó su referencia al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, donde fue valorado el 27 de septiembre de ese año por el Servicio de Cirugía de Mano Ortopedia, especialidad que recomendó revisión por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva para el cierre de herida, determinación que V decidió no atender por considerarla inapropiada.

10. El 2 y 6 de octubre de ese año, V ingresó nuevamente a servicio médico particular donde fue diagnosticado con “*necrosis mixta*”, realizándose la amputación del dedo medio de mano derecha el 13 del mismo mes, siendo dado de alta por mejoría el 26 de octubre de 2017.

11. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/5/2018/3778/Q y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

12. Escrito de queja de 7 de mayo de 2018, presentada por Q ante este Organismo Nacional, al que se adjuntaron diversas constancias, de las que destacan:

12.1. 22 fotografías relacionadas con la progresión infecciosa cursada por V, de las que se evidencia la amputación de los dedos índice y medio de mano derecha.

12.2. Copia de nota de clasificación de pacientes (*Triage*¹) de 13 de septiembre de 2017, suscrita por AR1 con motivo de la valoración médica proporcionada a V en el Hospital “*Magdalena de las Salinas*” del IMSS.

12.3. Copia de nota de valoración de angiología y cirugía vascular de 13 de septiembre de 2017, emitida por AR2 con motivo de la atención médica proporcionada a V en el Centro Médico “*La Raza*” del IMSS.

12.4. Copia de nota de interconsulta por el servicio de cirugía plástica y reconstructiva de 13 de septiembre de 2017, suscrita por AR3 con motivo de la valoración médica efectuada a V en el Centro Médico “*La Raza*” del IMSS”.

12.5. Copia de nota de alta voluntaria de V en el Hospital General 196 del IMSS, de 17 de septiembre de 2017, emitida por SP6.

¹ Concepto médico para clasificar a los pacientes, considerando la urgencia de atención, recursos y necesidades.

12.6. Copia de nota médica de atención hospitalaria efectuada a V por servicio clínico particular, de 18 de septiembre de 2017.

12.7. Copia de nota médica de egreso hospitalaria de V en servicio clínico particular, de 25 de septiembre de 2017.

12.8. Copia de nota de referencia-contrarreferencia de 26 de septiembre de 2017, suscrita por SP7 con motivo de la valoración médica proporcionada a V en la UMF 93 del IMSS.

12.9. Copia de nota de referencia de 27 de septiembre de 2017, suscrita por AR4 con motivo de la valoración médica proporcionada a V en el Hospital *"Magdalena de las Salinas"* del IMSS.

12.10. Copia de nota médica de egreso hospitalaria de V en servicio clínico particular, de 4 de octubre de 2017.

12.11. Copia de nota médica de egreso hospitalaria de V en servicio clínico particular, de 6 de octubre de 2017.

12.12. Copia de informe médico de V en servicio clínico particular, de 6 de octubre de 2017.

12.13. Copia de plan de alta de internamiento de V en servicio clínico particular, de 26 de octubre de 2017.

13. Oficio 09 52 17 61 4C21/1511, de 16 de julio de 2018, del IMSS, al que se adjuntaron los informes rendidos por la UMF 93, Hospital General 68, Centro Médico *"La Raza"* y Hospital General 196, en los que se detalló la atención médica brindada a V en dichos nosocomios.

14. Dictamen Médico del 5 de octubre de 2018, de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en la Unidad de Medicina Familiar 93, Hospital General 68, Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*” y Hospital General 196.

15. Acta Circunstanciada de 11 de junio de 2019, por medio de la cual esta Comisión Nacional hizo constar comunicación telefónica con V, en la que informó complicaciones para realizar sus actividades laborales, las cuales surgieron con motivo de los hechos materia de queja.

16. Ampliación de Dictamen Médico del 12 de julio de 2019, de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el Hospital “*Magdalena de las Salinas*” y Centro Médico “*La Raza*”.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 7 de mayo de 2017, Q presentó queja en este Organismo Nacional con motivo de la atención médica proporcionada a V en la UMF 93, Hospital General 68, Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*” y Hospital General 196, que como consecuencia tuvo la amputación quirúrgica de los dedos índice y medio de mano derecha, por lo que se dio inicio al expediente CNDH/5/2018/3778/Q.

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna de que se hubiese iniciado procedimiento administrativo, queja médica o averiguación previa relacionada con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES.

19. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2018/3778/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de

máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violación al derecho humano a la protección de la salud por negligencia médica por omisión, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia la amputación de los dedos índice y medio de la mano derecha, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4; así como el derecho a la información en materia de salud, en atención a las consideraciones de la presente Recomendación.

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

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

21. 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.”*² 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.

22. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”*³

² 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.

³ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS)

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

24. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión lenta”.⁴ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.⁵

25. En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.⁶

26. En la actualidad, la OMS estima que cada año 41 millones de personas fallecen con motivo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, correspondiente al 71% de la mortalidad mundial, de ello el 85% son consideradas muertes “*prematuras*”. De ellas, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Aunado a ello se suma el aspecto social, ya que tales padecimientos crónicos pueden llevar a la gente a la pobreza.⁷

⁴ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁵ OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

⁶ IMSS, “*Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017*”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40.

⁷ OMS, “*Detener la epidemia ...*”, *op. cit.*, p. 8.

27. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, en sus numeral 3.4, establecen como meta *“reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.”*

28. En ese sentido, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, por que tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.

29. La diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”*⁸

30. El Informe Mundial sobre la Diabetes indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”*⁹

⁸ Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, numeral 3.20.

⁹ Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

31. La regulación médica nacional en la materia es amplia, pues se cuenta con una norma oficial mexicana sobre diabetes¹⁰, así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), destacando las recomendaciones sobre las intervenciones de enfermería para la prevención y el control; diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo; la rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes, entre otras.¹¹

32. Desde 2014, esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado 8 casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de ellos diabetes gestacional, así como desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹²

33. Del análisis a las evidencias reseñadas, se advierte que V, en su calidad de persona que padece una enfermedad crónica grave, *Diabetes Mellitus tipo II* de 12 años de evolución, requería de atención integral por la obligación que tienen las autoridades mexicanas de garantizar a todas las personas el máximo respeto a sus derechos humanos, en el caso específico el de la protección de la salud, no obstante, AR1 y AR4 no le proporcionaron la atención inmediata que requería al omitir realizar un internamiento clínico en el Hospital “*Magdalena de las Salinas*” para que se determinara de forma prioritaria diagnóstico, tratamiento y seguimiento del padecimiento que presentaba V, aunado a que AR2 y AR3, adscritas al Centro Médico “*La Raza*”, no efectuaron el procedimiento quirúrgico de urgencia, a pesar de las condiciones clínicas de V, a pesar de que tenían conocimiento de su padecimiento crónico y no realizaron tales acciones de forma prioritaria, lo que generó negligencia médica por omisión que contribuyó al deterioro de su estado de salud y posterior amputación de los dedos índices y medio de la mano derecha.

¹⁰ Secretaría de Salud, “*Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...*; *op. cit.*”

¹¹ Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud.

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

b. Derecho a la protección de la salud.

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

35. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

36. En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: “...*la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*”

37. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15 “*Sobre el Derecho a la Protección de la Salud*”, en la que reconoció que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos

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

esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹⁴

38. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,¹⁵ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiéndola ésta como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

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

40. Esta alianza universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país. En el presente caso, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades*”.

41. Relacionado con el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que V, persona que padece diabetes mellitus tipo II de 12 años de evolución, quien labora como analista en sistemas, acudió el 11 de septiembre de 2017 a consulta en la UMF 93, por presentar inflamación en el dedo índice de la mano derecha, por que el 5 de septiembre de ese año recibió una picadura de insecto. En dicha consulta, V

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

¹⁵ “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” *Semanario Judicial de la Federación*, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 77/2018, p.20; 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

refirió que el 7 de septiembre fue a revisión con el médico de su lugar de trabajo, sin embargo, continuaban los síntomas, siendo diagnosticado por SP1 con “*celulitis*” médica en dedo (proceso agudo inflamatorio de origen infeccioso en dermis profunda y tejido subcutáneo), circunstancia por la que se le brindó tratamiento ambulatorio a base de antibióticos, antibacterianos y analgésicos.

42. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se indicó que en referencia al padecimiento de *celulitis* médica, al ser un proceso inflamatorio de origen infeccioso, deben ser valorados adecuadamente los síntomas para así estar en posibilidad de establecer un diagnóstico clínico apropiado.

43. En tal sentido, la *celulitis* médica se clasifica en dos grados, leve y moderada/grave; manifestándose la primera con un buen estado clínico en general, al verificarse la ausencia de fiebre, afectación de estructuras vitales y sospecha de complicaciones, mientras la segunda es la presencia de tales sintomatologías. El tratamiento médico del padecimiento leve es un seguimiento ambulatorio a base de medicamentos, tales como antibióticos; siendo que en la segunda se debe realizar un ingreso hospitalario inmediato.

44. En vista de tales consideraciones, se determinó que la atención médica brindada por SP1, en la UMF 93, fue adecuada, ya que a esa fecha V no presentaba síntomas de *celulitis* médica moderada/grave, al encontrarse clínicamente en buen estado, por lo que se le indicó un tratamiento ambulatorio acorde con su padecimiento.

45. De las constancias que integran el expediente se acreditó que el 13 de septiembre del mismo año, V acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General 68, ya que su dedo presentaba mayor inflamación y cambio de color, observándose por SP2 que presentaba “*tejido necrótico*” (tejido muerto derivado de un proceso infeccioso grave), razón por la que determinó su envío al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”. A su llegada a dicho nosocomio AR1, de la Unidad Médica de Alta Especialidad “*Dr. Victor de la Fuente Narváez*”, realizó valoración *Triage*, clasificándose a V con 15 puntos de urgencia, y anotó en tal documento “*acudir ahora a CMN La Raza Urgencias [...].*”

46. El mismo 13 de septiembre de 2017, V ingresó al Servicio de Urgencias del Centro Médico “La Raza”, siendo valorado por SP3, quien estableció que su dedo índice presentaba “necrosis” y “edema severo” (presencia o exceso de líquido, similar a hinchazón), razón por la que solicitó valoración por el Servicio de Toxicología. En dicha especialidad, SP4 determinó que V presentaba “celulitis” médica y lesión “gangrenosa” (tipo de necrosis donde se extiende la afectación de tejido muerto), requiriendo de valoraciones por las especialidades de angiología y cirugía vascular, así como por cirugía plástica y reconstructiva.

47. En esa misma fecha, AR2 adscrita al Servicios de Angiología y Cirugía Vascular, valoró a V confirmando el diagnóstico de “celulitis” médica, al que se sumó “síndrome compartamental” (aumento de la presión en un compartimento muscular) y “trombosis venocapilar” (formación de coágulo sanguíneo en la piel). Por su parte, AR3, del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva refirió nuevamente lesión “gangrenosa”, informándole del riesgo de presentar “necrosis” y posible amputación. No obstante lo anterior, ambos especialistas indicaron que V “no amerita[ba] manejo quirúrgico de urgencias en e[se] momento.”

48. Con motivo de tales determinaciones, el 15 de septiembre del mismo año, SP5 indicó el egreso de V con la finalidad de llevar un seguimiento en el Hospital General 196, siendo trasladado a ese nosocomio, pero toda vez que continuaba complicándose el estado de salud del área afectada, V solicitó egreso voluntario con el propósito de requerir una segunda opinión médica, evidenciándose su alta mediante nota médica suscrita por SP6 el 17 de septiembre.

49. El 18 de septiembre de 2017, V fue a un servicio médico particular, se le diagnosticó con “necrosis diabética” (padecimiento necrótico asociado a complicaciones inherentes a enfermedad diabética, tal como vulnerabilidad infecciosa) y “fascitis necrosante” (infección severa de la piel, de progresión rápida), por lo que se procedió a la hospitalización inmediata, se le sometió a un procedimiento quirúrgico para amputarle

su dedo índice derecho y hacerle tres lavados quirúrgicos, efectuándose su egreso el 25 de septiembre de ese año.

50. Al respecto, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se indicó que la “*fascitis necrosante*” es una infección severa de la piel de rápida progresión la cual produce necrosis y en caso de una atención inadecuada puede causar la muerte. Se hizo referencia a la Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y Tratamiento de Fascitis Necrosante*”, del Consejo de Salubridad General, la cual señala que tal padecimiento considera, entre diversos hechos condicionales para su desarrollo, a las lesiones asociadas a picaduras de insectos; además de establecer como factor de riesgo la diabetes mellitus.

51. Acerca de su identificación, la citada Guía refiere que las lesiones de la piel, por más pequeñas que parezcan, deben ser cuidadosamente evaluadas, requiriendo una mayor vigilancia. Como signos locales del padecimiento se encuentran dolor continuo, edema intenso, rápida progresión de necrosis, entre otros. En caso de que se presenten dichos síntomas, el personal médico debe considerar la posibilidad de diagnosticar la *fascitis* y deberá seguir su evolución hasta descartarla mediante la vigilancia del paciente desde el diagnóstico y hasta días posteriores. Al presentarse infecciones necrosantes en la piel y tejidos blandos se debe recibir tratamiento médico y quirúrgico como una urgencia, al ser el tratamiento más efectivo.

52. Simultáneamente señala que todo paciente inmunocomprometido (condición reducida del organismo para combatir infecciones), como puede ser el caso de las personas que padecen diabetes, debe extremarse la vigilancia ante el riesgo potencial de desarrollar la enfermedad. En dicho sentido es importante retomar lo señalado en el apartado previo sobre la situación de vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas graves, en específico la diabetes mellitus, ya que en caso de no recibir una atención adecuada y desarrollar la fascitis, puede acabar con su vida o afectar su integridad física.

53. En virtud de lo anterior, en la opinión médica de esta Comisión Nacional, se determinó que el diagnóstico y tratamiento realizado por SP2, en el Hospital General 68 fue adecuado al padecimiento que presentaba V, al canalizarlo al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, porque el hospital general en el que se encontraba no contaba con una unidad técnica especializada para atenderlo, ello de conformidad con el artículo 74 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones Médicas*, el cual indica que “*cuando los recursos [...] no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.*”

54. Caso distinto fue lo realizado por AR1, adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad “*Dr. Victor de la Fuente Narváez*”, del Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, quien no contaba con justificación fundada y motivada para canalizar a V al Centro Médico “*La Raza*”, porque aquel nosocomio cuenta con el mismo nivel de atención y posee con los recursos humanos y físicos para la atención especializada del padecimiento que presentaba V, razones por las que debió ordenar de forma prioritaria, por su padecimiento diabético, la hospitalización para realizar una adecuada clasificación de la lesión; determinar, mediante la vigilancia clínica, si se estaba desarrollando *fascitis necrosante*, así como indicar un tratamiento médico y quirúrgico de urgencia, en vez de canalizar a V de forma extraoficial, omisiones que contribuyeron al deterioro de su estado de salud.

55. Respecto al tratamiento médico en el Hospital General 68 y Centro Médico “*La Raza*”, en la opinión médica de este Organismo Autónomo Constitucional se estableció que la atención médica proporcionada a V por SP2, del Servicio de Urgencias, SP3 de la especialidad de Toxicología y SP4, del Servicio de Admisión Continua Adultos, fue la adecuada de acuerdo a sus facultades, ya que se canalizó a un hospital de especialidad, se indicó un tratamiento farmacológico correspondiente a la literatura clínica, se solicitó valoraciones a los servicios de especialidad y se descartó lesión toxicológica.

56. También se determinó que la atención proporcionada por AR2, del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, y AR3, del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, no fue la adecuada para el padecimiento de V, incurriendo en negligencia médica por omisión, porque derivado de los diagnósticos de *celulitis, síndrome compartamental y trombosis venocapilar*, se debió de haber llevado a cabo de forma urgente¹⁶ la intervención quirúrgica “*dermofasciotomía*” (operación que implica cortes de la piel para descomprimir y permitir la circulación sanguínea), tal y como lo establece la propia Guía de Fascitis Necrosante, con la finalidad de disminuir el riesgo de la pérdida de extremidad, ocasionando el retraso de una atención adecuada, contribuyendo al deterioro de salud y posterior amputación del dedo índice.

57. A ello se suma que dichas autoridades, conociendo el padecimiento de diabetes mellitus que presenta V, así como de los efectos adversos más severos en ese tipo de pacientes, omitieron brindar una atención de forma prioritaria, por que los pronósticos para las personas que presentan ese padecimiento crónico cuando sufren infecciones de origen leve en tejidos, corren el riesgo de una evolución infecciosa grave como puede ser la *fascitis necrosante*, lo que puede ocasionar la pérdida una extremidad o de la vida.

58. Con respecto a la contrareferencia realizada al Hospital General 196, en la citada opinión médica se estableció que durante la estancia de V en el Servicio de Admisión Continua (observación-urgencias) del Centro Médico “*La Raza*”, mismo que solicitó las interconsultas de especialidad antes mencionadas, se tomó la determinación de canalizar a V al hospital de segundo nivel con base en tales valoraciones, por lo que la responsabilidad de su traslado recae a AR2 y AR3.

59. Por lo que se refiere a la atención posterior al egreso de servicio médico particular, esta Comisión Nacional acreditó que el 26 de septiembre de 2017, V fue a la UMF 93 para gestionar sus incapacidades, motivo por el que recibió una nueva valoración, en la que SP7 determinó su referencia al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”,

¹⁶ La NOM-Del Expediente establece como “*Urgencia a todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función, y requiera de atención inmediata.*”

corroborando el diagnóstico del servicio particular. El 27 de septiembre, V asistió al Servicio de Cirugía de Mano Ortopedia del referido hospital, quien en consulta médica con AR4, recomendó valoración por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva para el cierre de herida; no obstante, V decidió no atender tal determinación por considerarla inapropiada, porque aún presentaba material purulento en la herida quirúrgica.

60. El 2 y 6 de octubre, V ingresó nuevamente a servicio médico particular donde fue diagnosticado con “*necrosis mixta*”, circunstancia por la que fue hospitalizado nuevamente, realizándose un segundo proceso quirúrgico de amputación del dedo medio de mano derecha, el 13 del mismo mes, y el 26 de octubre de 2017 fue dado de alta por mejoría.

61. El 11 de junio de 2019, V informó a esta Comisión Nacional de diversas complicaciones laborales, por que trabaja como analista en sistemas (sistemas computacionales) de una empresa privada, lo cual le ha generado diversas dificultades para realizar sus actividades.

62. Esta Comisión Nacional advierte que el padecimiento que presentó V requería de un seguimiento puntal, y por la infección severa que presentaba podía requerir de diversos procedimientos quirúrgicos circunstancia por la que, pese a que fue a un servicio particular del cual fue dado de alta, era indispensable dar continuidad con un tratamiento y revisión continua, ya que la fascitis necrosante es progresiva.

63. Al respecto, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se determinó que la atención médica posterior al servicio particular, proporcionada por SP7 fue adecuada al padecimiento que presentaba V, al referirlo directamente a un hospital de segundo nivel con unidad médica de alta especialidad.

64. En contraste, en la referida opinión médica se estableció que la atención otorgada por AR4 no fue adecuada para el padecimiento de V, porque al encontrarse adscrito a un servicio de subespecialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, desarrollo,

atención, conservación y restablecimiento de la forma y función de la extremidad, y en atención al padecimiento de fascitis necrosante, debió haber hospitalizado a V. Ello independientemente de los criterios clínicos que determinó en su nota médica, ya que aunque presentaba mejoría no ameritaba canalizarlo para valoración del cierre de herida quirúrgica, debió de otorgar un correcto seguimiento, el cual incluía llevar a cabo la toma de cultivos para el reconocimiento de agentes infecciosos y delimitar una atención médica adecuada, ya que padecía un proceso infeccioso severo que podía requerir de diverso procedimiento quirúrgico, por lo que tales omisiones ocasionaron el deterioro de su estado de salud y posterior amputación del dedo medio.

65. De lo expuesto, se concluye que AR1 y AR4, adscritos al Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, y AR2 y AR3, del Centro Médico “*La Raza*”, transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a su negligencia, al omitir realizar un internamiento hospitalario y efectuar intervención quirúrgica de urgencia a V, lo cual generó el deterioro de su estado de salud y posterior amputación de dedos índice y medio de mano derecha.

c. Derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

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

67. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹⁷

68. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU previene que en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹⁸

69. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*¹⁹

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

¹⁷ CNDH. Recomendación 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116

¹⁸ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

¹⁹ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

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

72. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁰

73. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración de los expedientes clínicos de V en el Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*”, y en el Hospital General 196, al verificarse la falta de notas médicas, contraviniendo lo establecido en los puntos 5.9; 5.10; 6; 7.2.1 y 8.9 de la NOM-Del Expediente.

74. Al respecto, el 18 de junio de 2018 se solicitó al IMSS copia del expediente clínico de V, el cual proporcionó el 16 de julio de ese año, en el que se observaron 17 fojas con 12 notas médicas de la Unidad de Medicina Familiar 93, Hospital General 68 y Centro Médico “*La Raza*”, sin embargo, se omitieron enviar 5 notas del expediente clínico, siendo las correspondientes a AR1 y AR4 en el Hospital “*Magdalena de las Salinas*” el 13 y 27 de septiembre de 2017; por AR2 y AR3 en el Centro Médico “*La*

²⁰ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

Raza” del 13 de septiembre, así como la nota de alta voluntaria de V en el Hospital General 196 del 17 de septiembre de 2017.

75. Es importante señalar que al escrito de queja presentado por Q, se anexó copia de tales documentales, las cuales fueron obtenidas por V y su familia durante la hospitalización en los diversos nosocomios del IMSS, por lo que este Organismo Nacional tuvo la posibilidad de valorarlas en la opinión médica referida, no obstante, en caso de que dicha notas no hubiesen sido remitidas, se habría consumado un obstáculo para la emisión del dictamen médico, al no ser posible valorar las actuaciones de AR1, AR2 y AR3.

76. En el mismo sentido, se verificó la falta de la “nota inicial de urgencias” del Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, así como la “nota de referencia-contrareferencia” de ese mismo nosocomio al Centro Médico “*La Raza*”.

77. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 75/2017, 1/2018, 52/2018, 73/2018, 77/2018, 1/2019, 3/2019, 8/2019, 21/2019 y 26/2019.

78. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad

responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.²¹

V. RESPONSABILIDAD.

79. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las negligencias ya descritas, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud por la omisión de AR1 y AR4 de proporcionar la atención inmediata que V requería al no realizar un internamiento clínico en el Hospital “Magdalena de las Salinas”, aunado a que AR2 y AR3, adscritas al Centro Médico “La Raza”, no efectuaron el procedimiento quirúrgico necesario, a pesar de las condiciones clínicas de V; pues dichos médicos tenían conocimiento de su padecimiento crónico y no realizaron las acciones prioritarias requeridas, lo que generó una negligencia médica por omisión que contribuyó al deterioro de su estado de salud y posterior amputación de los dedos índices y medio de la mano derecha.

80. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en los artículos 8, fracciones I, IV y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos; así como 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en

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

cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

81. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto de la falta de 7 notas médicas del Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*” y Hospital General 196, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

82. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, así como denuncia ante la Agencia del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 con motivo de la atención médica proporcionada a V, para que se inicien e integren los procedimientos respectivos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

83. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva

restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

84. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V, se deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

86. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH enunció que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.²²

87. Sobre el “deber de prevención” la misma Corte Interamericana, sostuvo que: “(...) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (...) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (...) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia (...) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...)”.²³

88. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V, que se tradujeron en actos de negligencia médica por omisión

²² Sentencia de 20 de noviembre de 2014, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 300 y 301.

²³ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 174.

que derivaron en la amputación de dedo índice y medio de mano derecha, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

89. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a V la atención médica que requiera y, de ser el caso, incluir la provisión de medicamentos y prótesis. Tal atención médica deberá incluir fisioterapia para el desarrollo motriz, terapia ocupacional, así como atención médica especializada en ortopedia, rehabilitación, entre otras atenciones y servicios necesarios que le permitan contar con las habilidades necesarias para una vida cotidiana.

90. Se deberá proporcionar a V la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas. Además de proporcionar a los familiares de V, la guía y capacitación para apoyarlo conforme a sus necesidades.

91. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

92. Para su cumplimiento, se deberá canalizar a V en el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a los servicios especializados de atención médica y psicológica que sean requeridos, remitiéndose las constancias que acrediten su realización.

ii. Satisfacción.

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

94. Se deberá incorporar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3 y AR4.

iii. Medidas de no repetición.

95. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, responsabilidad profesional, así como sobre el tratamiento de fascitis necrosante y la atención de personas con diabetes mellitus, en particular sobre enfermedades que cuentan como factores de riesgo los propios padecimientos diabéticos, a todo el personal médico del Hospital “*Magdalena de las Salinas*” y del Centro Médico “*La Raza*”, ambos en la Ciudad de México, los cuales deberán impartirse por personal calificado y ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

96. Reafirmando que las garantías de no repetición no sólo son un mecanismo para resarcir el daño individual, sino medidas de solución a problemas estructurales, se

deberá, en un plazo de seis meses, diseñar y aplicar un micro sitio para la difusión a todo el personal médico de urgencias y de especialidad que se encuentre adscritos al IMSS, de la presente Recomendación, así como de las ocho Recomendaciones dirigidas al Instituto sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo que sufren las personas que padecen diabetes mellitus respecto del ejercicio de su derecho humano a la salud.²⁴ Dicho portal deberá difundir la regulación médica nacional en la materia, como lo es la norma oficial mexicana sobre diabetes, las Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud relativa a tal padecimiento crónico, y demás normativa aplicable.

97. Tanto el curso como el micro sitio deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

98. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*” y Hospital General 196, para que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional.

iv. Compensación.

99. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud de V, el IMSS como autoridad responsable en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá indemnizarla en términos de la Ley General de Víctimas.

100. Para ello, deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial, y 4)

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

Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

101. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquél que puede *“comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*²⁵

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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Reparar integralmente el daño ocasionado a V, misma que deberá incluir el pago de la indemnización, con motivo de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico involucrado en los hechos referidos en la presente Recomendación, y en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

²⁵ Corte IDH. Caso “Loayza Tamayo Vs. Perú” Ibid p.p. 145 y 188, y “Caso Bulacio Vs. Argentina.” Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia” de 18 de septiembre de 2003, p.p. 90.

SEGUNDA. Se deberá canalizar a V en el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a los servicios especializados de atención médica y psicológica que sean requeridos, que incluya fisioterapia para el desarrollo motriz, terapia ocupacional, así como atención médica especializada en ortopedia, rehabilitación, entre otras atenciones y servicios necesarios que le permitan contar con las habilidades necesarias para una vida cotidiana, remitiendo a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore, en lo conducente, en la integración de la Carpeta de Investigación que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Fiscalía General de la República, y de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra AR1, AR2, AR3 y AR4 por los hechos detallados en la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS, inmediatamente se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital “*Magdalena de las Salinas*”, Centro Médico “*La Raza*” y Hospital General 196, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esas medidas a fin de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico del Hospital “*Magdalena de las Salinas*” y Centro Médico “*La Raza*”, del IMSS, sobre capacitación y formación

en materia de derechos humanos, así como sobre el tratamiento de fascitis necrosante y la atención de personas con diabetes mellitus, en particular sobre enfermedades que cuentan como factores de riesgo tal padecimiento crónico. El contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en el plazo de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un micro sitio para la difusión a todo el personal médico de urgencias y de especialidad que se encuentre adscrito al IMSS, de la presente Recomendación, así como de las ocho Recomendaciones dirigidas al Instituto sobre lo concerniente a la vulnerabilidad y los factores de riesgo que sufren las personas que padecen diabetes mellitus respecto del ejercicio de su derecho humano a la salud. Dicho portal deberá incluir la regulación médica nacional en la materia, como lo es la norma oficial mexicana sobre diabetes, las Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud relativa a tal padecimiento crónico, y demás normativa aplicable; remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, y.

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

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

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

103. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ