GACETA
DE DERECHOS HUMANOS

CODHEM
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE MÉXICO

ÓRGANO INFORMATIVO DE LA
COMISIÓN DE DERECHOS DEL ESTADO DE MÉXICO

SUMARIO

RECOMENDACIÓN 10/2026 DIRIGIDA AL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

AÑO 2026, NÚMERO 76
26 DE OCTUBRE DE 2026

RECOMENDACIÓN 10/2026

EXPEDIENTE: CODHEM/TENV/8/2024

DERECHO VULNERADO: A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

DERECHOS RELACIONADOS: A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA, A OTORGAR CONSENTIMIENTO INFORMADO Y A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Toluca de Lerdo, México; 01 de octubre de 2026

MTRO. EN ADMÓN. ANTONIO JAYMES NÚÑEZ

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

P R E S E N T E

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16 párrafos primero y tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México;[1] 1, 2, 13 fracciones I, III y VIII,

[1] **Artículo 16.-** La Legislatura del Estado establecerá un organismo autónomo para la protección de los derechos humanos que reconoce el orden jurídico mexicano, el cual conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza

28 fracción XIV, 99 fracción III, 100, 103 y 104 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, [2] 2, 99 y 100 de su Reglamento

---

administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público del Estado, o de los municipios que violen los derechos humanos. Este organismo formulará recomendaciones públicas no vinculatorias, así como denuncias y quejas ante las autoridades respectivas.

[…]

El organismo que establecerá la Legislatura del Estado se denominará Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, contará con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propio.

[2] **Artículo 1.-** Las disposiciones de esta Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Estado de México, en términos de lo establecido por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.

Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto establecer las bases para la protección, observancia, respeto, garantía, estudio, promoción y divulgación de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano; así como los procedimientos que se sigan ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Artículo 13.- Para el cumplimiento de sus objetivos la Comisión tiene las atribuciones siguientes:

I. Conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones, sobre presuntas violaciones a derechos humanos, por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal;

[…]

III. Sustanciar los procedimientos que correspondan, en los términos previstos por esta Ley y demás disposiciones aplicables;

[…]

VIII. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias y demás resoluciones que contemple esta Ley;

[…]

Artículo 28.- La o el Presidente tiene las facultades y obligaciones siguientes:

XIV. Aprobar y emitir Recomendaciones públicas no vinculatorias; así como Resoluciones de no Responsabilidad;

Artículo 99.- La Comisión puede dictar las resoluciones siguientes:

[…]

III. Recomendaciones: cuando se comprueben las violaciones a derechos humanos;

[…]

Artículo 100.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad, deben contener los fundamentos legales, principios jurídicos, criterios generales aplicables, razonamientos de las partes y valoración de las pruebas; así como las consideraciones que las motiven y sustenten.

[…]

Artículo 103.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad deben referirse a casos concretos, los cuales no son aplicables a otros por analogía o mayoría de razón.

Interno,[3] procedió a examinar los hechos y las evidencias del expediente **CODHEM/TENV/8/2024** del índice de la Visitaduría General sede Tenango del Valle.

La presente Recomendación fue coordinada por la Primera Visitaduría General bajo los criterios dispuestos en los artículos 13 fracción II y 16 fracción III del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.[4]

Artículo 104.- La Comisión debe notificar al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos, relacionados con las violaciones a derechos humanos, las resoluciones que deriven de los procedimientos a que se refiere el presente Título, de conformidad con el Reglamento Interno.

[3] [3] **Objeto de la Comisión**

Artículo 2.- La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México como organismo autónomo, tiene a su cargo la protección de los derechos humanos de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los instrumentos internacionales, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México y demás ordenamientos legales.

Contenido de la Recomendación

Artículo 99.- Las Recomendaciones emitidas por el Organismo deberán contener como mínimo los siguientes elementos:

[…]

I. Autoridad a la cual se dirige;

II. Descripción de los hechos violatorios de derechos humanos;

III. Evidencias que demuestran la violación a derechos humanos;

IV. Análisis de evidencias, razonamientos lógico-jurídicos y de equidad en los que se soporte la convicción sobre la violación de derechos humanos reclamada; y

V. Recomendaciones.

N**otificación de la Recomendación**

Artículo 100.- Una vez emitida la Recomendación, ésta se notificará al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos relacionados con las violaciones a derechos humanos, dentro de los tres días hábiles siguientes. La versión pública de la Recomendación se dará a conocer a través de la página Web de la Comisión, después de su notificación.

[4] **Atribuciones de la Primera Visitaduría General**

Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[5] en relación con los numerales 91 y 143, fracción I, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.[6] Dicha información se hará del conocimiento a la autoridad recomendada, a través de un anexo confidencial en el que se indicará el nombre de las personas involucradas, la cual deberá observar las medidas necesarias para la protección de datos personales, conforme a la ley de la materia.

Para un mejor entendimiento de la Recomendación, se inserta un glosario con las principales claves utilizadas para las personas relacionadas:

Artículo 13.- La Primera Visitaduría General, además de las facultades y obligaciones contenidas en la Ley, tiene las atribuciones siguientes:

[…]

II. Someter a consideración de la Presidencia, los proyectos derivados de las áreas a su cargo;

[…]

VIII. Las demás que le confieren otras regulaciones y aquellas que le encomiende la Presidencia.

Atribuciones de la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos:
Artículo 16.- La Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos tiene las atribuciones siguientes:

[…]

III. Coadyuvar con las y los Visitadores en la elaboración de proyectos de Recomendación correspondientes a la Primera Visitaduría General;

[…]

[5] Artículo 4.- la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, garantizará el derecho de acceso a la información pública, privilegiando el principio de máxima publicidad y la protección de datos personales, de conformidad con lo dispuesto en la legislación y normatividad en la materia.
[6] 6 Artículo 91. El acceso a la información pública será restringido excepcionalmente, cuando ésta sea clasificada como reservada o confidencial. Artículo 143. Para los efectos de esta Ley se considera Información confidencial, la clasificada como tal, de manera permanente, por su naturaleza, cuando: I. Se refiera a la Información privada y los datos personales concernientes a una persona física o jurídico colectiva identificada o Identificable;

Clave	Significado
V	Víctima
Q	Quejoso
PR	Persona relacionada
SPR	Servidor Público Responsable
SP	Servidor público relacionado

Asimismo, en el presente documento se hace referencia de instrumentos internacionales, ordenamientos, organismos, instituciones, dependencias e instancias de gobierno, por lo que a continuación, se presenta un cuadro con siglas, acrónimos y abreviaturas utilizadas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

Clave	Significado
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CCAMEM	Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México

CEAVEM	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CM	[redacted]
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
ISSEMyM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
LGS	Ley General de Salud.
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación

De igual forma, se inserta un glosario con los términos más relevantes que se emplearán en el presente documento.

I. GLOSARIO

Mala práctica médica: “Conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis* médica, pero no hay

aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado."[7]

Médico residente: Profesional de la medicina con título profesional legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una unidad médica receptora de residentes, para cumplir con una residencia.[8]

El médico residente al ser un médico en formación debe, entre otras cosas, recibir educación de posgrado en un ambiente de respeto a sus derechos humanos, equidad e igualdad, de acuerdo con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular y adjuntos, el jefe de servicio, los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto, así como, contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad médica receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias.[9]

Negligencia médica: Se refiere a la falta de diligencia, cuidado o habilidad razonable que se espera de un profesional sanitario al atender a un paciente. Puede manifestarse en diversas formas, como un diagnóstico erróneo, un tratamiento inadecuado o la falta de acción cuando era necesaria. Este tipo de conductas pueden tener consecuencias graves para los pacientes, incluyendo

[7] SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (2013) *RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN*, tesis I.4o.A.64 A (10a.), Décima Época, Semanario Judicial de la Federación, Registro digital: 2004785. Disponible en: https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2004785. Consultado el 30 de agosto de 2022.

[8] Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, numeral 3.8, disponible en: https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/NOM-001-SSA-2023.pdf

[9] Ibídem, numerales 9.1 y 9.3.

complicaciones de salud, daños permanentes o, en los casos más severos, la muerte.[10]

Residencia médica: Conjunto de actividades académicas, asistenciales, y de investigación que debe cumplir el personal que cursa una especialidad médica dentro de las unidades médicas receptoras de residentes reconocidas como sede o subsede, durante el tiempo establecido en los programas académico y operativo.[11]

II. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

El veinte de noviembre de 2023, **V** sufrió una caída en su hogar, por lo que acudió al CM, donde le diagnosticaron fractura de tobillo derecho, colocándole una férula de yeso, con la que permaneció hasta el veintidós de diciembre del mismo año.[12]

V se presentó de nuevo en el CM el cuatro de diciembre de 2023, por presentar dolor abdominal en la parte inferior derecha, náusea y sudoración excesiva. La víctima permaneció en el CM hasta las doce horas con treinta y cuatro minutos del seis de diciembre de 2023, en que fue dada de alta, atribuyéndose su dolor abdominal al síndrome de intestino irritable.[13]

Al siguiente día de su egreso del CM, es decir, el siete de diciembre de 2023, **V** acudió nuevamente al mismo hospital, en esta ocasión por presentar sangre en

[10] Universidad de Navarra. Diccionario médico.
[11] NOM-001-SSA-2023, numeral 3.13.
[12] Evidencias 1, 2, 4 y 5, fojas: 2, 11 y 12, 25 y 26, así como 27 a 587, respectivamente.
[13] Ídem.

la orina, así como dolor abdominal. Le fueron aplicados los protocolos diagnósticos multidisciplinarios, como resultado de lo cual, personal del servicio de [redacted] estableció que padecía falla renal aguda, secundaria a medicamentos, denominada clínicamente como nefritis túbulo intersticial aguda (NTIA), que fue corroborada mediante biopsia renal, por lo que requirió de terapia de sustitución funcional renal mediante hemodiálisis, colocándosele un catéter vascular central yugular del lado derecho de tipo Mahurkar. **V** fue dada de alta el dieciocho de diciembre de 2023, al presentar mejoría de la función renal, sin síntomas, con funciones vitales de corazón, circulación sanguínea y pulmones funcionando correctamente y en equilibrio (hemodinámica y ventilatoriamente estable).[14]

El veintidós de diciembre de 2023, la víctima **V** se presentó en el CM para una revisión médica, como resultado de lo cual le fue retirada la férula del pie derecho. Asimismo, **PR**, médica residente de la especialidad de nefrología del CM, efectuó el retiro del dispositivo tipo Mahurkar que tenía **V**, sin apegarse a la teoría y práctica médica vigentes[15] y segundos después, **V**: "presentó súbitamente síncope y posteriormente paro cardiorrespiratorio," la víctima fue llevada al área de diálisis peritoneal para darle reanimación cardiorrespiratoria, como resultado de lo cual recobró la circulación espontánea. **V** fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos del CM en las primeras horas del veintitrés de diciembre de 2023, donde permaneció en estado grave hasta el doce de enero de 2024, en condiciones de estado vegetativo persistente.[16]

[14] Ídem.
[15] De acuerdo con las conclusiones del dictamen técnico médico institucional de la CCAMEM, foja 797, reverso del cuarto tomo del expediente de queja del caso.
[16] Ídem.

Después del 12 de enero de 2024, **V** continuó siendo atendida en el CM por parte del servicio de Medicina interna. Durante la tarde del veintinueve de marzo de 2025, la paciente **V** presentó ausencia de actividad eléctrica y mecánica del corazón (asistolia), a petición de su cónyuge se le dieron maniobras de reanimación con compresión torácica y se le aplicó protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin presentar respuesta y sin recuperar el pulso. **V** falleció el veintinueve de marzo de 2025 a las 19:05 horas.[17]

III. EVIDENCIAS

1. Queja de doce de enero de 2024, en la cual la persona quejosa (**Q**) manifestó los hechos en agravio de su progenitora (**V**).[18]

2. Acta circunstanciada de quince de enero de 2024 en la que se asentó la comparecencia de la persona quejosa, en la cual ratificó el contenido de su queja, además de manifestar, entre otras cuestiones:[19]

> […] mi mamá […] el día veintidós de diciembre de 2023 acudió para una revisión acompañada de mi papá, fue atendida primeramente para retirarle la férula de su pie, procedimiento que fue realizado sin complicación, posteriormente fue atendida por […] (**PR**) quien indicó que de conformidad con los análisis de sangre y orina que previamente ese mismo día le habían realizado, estaba en condiciones para que se le retirara el catéter […] porque ya no era necesario que se le hiciera hemodiálisis. En ese momento la doctora […] (**PR**) se acercó a mi mamá que se encontraba sentada en una

[17] Según resumen clínico emitido por el jefe del servicio de nefrología del CM, foja 880 del cuarto tomo.
[18] visible a foja 2 del tomo primero del expediente del caso.
[19] Que se halla en las fojas 11 y 12 del primer tomo.

> silla de ruedas y ahí sentada procedió a retirar el catéter, en ese momento mi mamá se desvaneció […].[20]

3. Oficio número 207C0401020100S/549/2024 suscrito por el representante legal del ISSEMyM, por el cual aceptó las medidas precautorias solicitadas por este Organismo en fecha dieciocho de enero de 2024.[21]

4. Resumen clínico de **V** expedido por médico adscrito al servicio de medicina interna del Centro Médico ISSEMyM.[22]

5. Expediente clínico de la paciente **V**.[23]

6. Memorándum en el que se incluyen los nombres del personal médico que brindó atención a la paciente, diagnósticos y resumen clínico.[24]

7. Documento marcado con el número 207C0401010119L/CMI/CM/010/2024 suscrito por el jefe del servicio de nefrología del CM por el cual informó el procedimiento a seguir para el retiro del catéter Mahurkar, en:[25]

> a) Un lugar apropiado con buena iluminación, en una cama o camilla, se le solicita al paciente o en su caso al familiar, firmar la carta de consentimiento informado, posteriormente con el apoyo de una enfermera se le colocará al paciente su bata, tomando sus signos vitales, después se colocará al paciente sobre la cama en posición de decúbito dorsal y se tendrá a la mano un carro rojo, para cualquier eventualidad que pudiera ocurrir durante el procedimiento.

[20] Foja 11 del primer tomo.
[21] Fojas 22 a 23 del tomo primero.
[22] visible a fojas 25 y 26 del primer tomo.
[C]Constante en fojas 27 a la 587 de los tomos primero, segundo y tercero del expediente.
[24] Que ocupa las fojas 593 y 594 del del tercer tomo.
[25] visible a fojas 605 y 606 del tomo tercero.

b) Utilizando la técnica de asepsia y antisepsia de la región del catéter, se procede a retirar el punto de sutura de fijación con una hoja de bisturí o tijera, utilizando Isodine y/o clorhexidina y algún hisopo con antiséptico, colocando campos estériles.
c) Tomando el catéter por sus extensiones, se procede a hacer una tracción continua, esperando no tener resistencia. Una vez que se haga el retiro, comprimir suave y firme con una gasa en el sitio donde se realizó el retiro.
d) La punta del catéter será enviado al laboratorio y desechar el dispositivo si ya no se va a estudiar.
e) Se revisa el sitio de la inserción, se coloca una gasa y un apósito o cinta adhesiva, se deja a la paciente de 15 a 30 minutos, la enfermera nuevamente checa signos vitales, levanta a la paciente y se termina el proceso, saliendo la paciente a su domicilio.

En el mismo documento, **SP2** señaló en cuanto a la responsabilidad por la supervisión de **PR**: "Debido a la hora en que sucedió el evento, los médicos adscritos responsables que se encontraban en ese momento son los Dres: […] (**SPR1** y **SPR2**) quienes en ese momento desempeñaban sus labores en la Consulta Externa."

8. Informe personal de **PR**, médica residente que efectuó el retiro del catéter que portaba **V**.[26]

9. Actas circunstanciadas de uno, doce de febrero, veintiuno de marzo, treinta de abril y veintiuno de junio de 2024 en las que se hicieron constar las comparecencias de la persona quejosa.[27]

[26] Consultable a foja 607 del tercer tomo.
[27] Fojas 599, 622, 623, así como 652 y 653 del tomo tercero, así como 715, 716 y 755 del tomo cuarto.

10. Expediente radiológico (en DVD) que contiene los estudios de imagen diagnóstica realizados a la paciente **V**.[28]

11. Nota de interconsulta de retiro de catéter y reanimación cardiopulmonar.[29]

12. Carta de consentimiento bajo información para la colocación del catéter de hemodiálisis tipo Mahurkar a **V**.[30]

13. Acta circunstanciada de siete de mayo de 2024 en la que se asentó la comparecencia de **PR**, médica residente de [redacted] que realizó el retiro del catéter a **V**.[31]

14. Acta circunstanciada de siete de mayo de 2024 en la que se dio fe de la comparecencia del jefe de servicio del área de [redacted] del CM, **SP2**, servidor público que al cuestionársele quién era el médico de turno a cargo de supervisar a la residente **PR** al momento del retiro del catéter a la paciente **V**, respondió: "Era el turno vespertino, dicho turno está a cargo de […] (**SPR1** y **SPR2**).[32]

15. Acta circunstanciada de ocho de mayo de 2024 en la cual se asentó la comparecencia del médico adscrito al servicio de [redacted], **SP1**.[33]

16. Acta circunstanciada de ocho de mayo de 2024 en la que se hizo constar la comparecencia del médico de base del servicio de medicina interna, **SP3**.[34]

---

[28] Foja 643 del tercer tomo.

[29] Foja 645 del tomo tercero.
[30] , visible a fojas 646 reverso y 647 anverso del tercer tomo.
[31] Consultable a fojas 719 y 720 del cuarto tomo.
[32] Que ocupa las fojas 722 y 723 del tomo cuarto.
[33] Marcada con los números de foja: 725 y 726 del cuarto tomo.
[34] Visible a fojas 728 y 729 del tomo cuarto.

17. Resumen clínico de la paciente **V**, que recibiera su esposo el veinte de mayo de 2024.[35]

18. Dictamen técnico médico institucional[36] expedido por la CCAMEM, en el que se concluyó:

> **PRIMERA**. No se encontraron elementos de mala práctica médica en la atención proporcionada a […] (**V**), por el personal del [redacted], perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el periodo comprendido del cuatro al seis de diciembre del dos mil veintitrés, toda vez que se apegó a los protocolos de diagnóstico y terapéuticos recomendados por la teoría y práctica médica vigentes; para el dolor abdominal con el que acudió, realizándole los diagnósticos diferenciales apoyados con auxiliares de laboratorio e imagen diversos, así como con interconsultas especializadas, hasta determinar que cursaba con síndrome de colon irritable, como la etiología de mayor factibilidad causante del dolor y de alteraciones en su patrón funcional intestinal, empleando las terapéuticas farmacológicas necesarias, para su control, logrando que mejorara su estado clínico, permitiendo su egreso hospitalario.
>
> **SEGUNDA.** No se encontraron elementos de mala práctica médica en la atención proporcionada a […] (**V**), por el personal del [redacted] perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, ubicado en [redacted], en el periodo comprendido del siete al diecinueve de diciembre del dos mil veintitrés, toda vez que se presentó con hematuria como signo principal acompañada de dolor abdominal, para los que se le iniciaron los protocolos diagnósticos multidisciplinarios, determinando por personal del servicio de [redacted], que cursaba con falla renal aguda secundaria a medicamentos, catalogada clínicamente como nefritis túbulo intersticial aguda (NTIA), corroborada

[35] Foja 740 del cuarto tomo.
[36] visible de la foja 758 a la 798 del tomo cuarto.

mediante biopsia renal, que requirió de terapia de sustitución funcional renal mediante hemodiálisis, para la que le fue instalado un catéter vascular central yugular del lado derecho de tipo Mahurkar; cabe señalar que con base en la literatura médica vigente, la nefritis tubuloinsterticial aguda considerada secundaria a medicamentos, es una de las principales causas de falla renal aguda, ligada al empleo principalmente de antiinflamatorios no esteroides, sin embargo, los usados en el internamiento previo de la paciente a partir del cuatro al seis de diciembre del dos mil veintitrés, estuvieron plenamente justificados, a dosis terapéuticas, por lo que su presentación, representa un riesgo inherente en cualquier persona, estando de por medio condiciones multifactoriales en quien la padece, así como la susceptibilidad e idiosincrasia, no solo a este tipo de fármacos, sino a otros que también fueron empleados en el presente caso.

TERCERA. Se encontró mala práctica médica en la atención proporcionada a […] (**V**), por la médico residente de la especialidad de [redacted] del [redacted], perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, ubicado en [redacted], […] (**PR**), el veintidós de diciembre del dos mil veintitrés, toda vez que no cumplió con el protocolo que dicta la teoría y práctica médica vigentes, ni el señalado por el jefe de servicio de esa especialidad en ese nosocomio, para el retiro seguro y correcto del dispositivo vascular central yugular derecho tipo Mahurkár, que tenía instalado la paciente, para su terapia de hemodiálisis, aunado a no demostrar haber contado con la supervisión y autorización para realizarlo por parte de un médico adscrito, como lo señala la "NORMA Oficial Mexicana NOM-OO1 -SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.", en sus apartados de derechos y obligaciones de los médicos residentes, ni haberse apegado al "REGLAMENTO INTERNO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS", que en su contenido al igual que la normatividad, hace los mismos señalamientos.

CUARTA. Queda a cargo de esa Autoridad esclarecer si los médicos adscritos de [redacted] del [redacted], perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, ubicado en [redacted], que laboraron en el turno vespertino el veintidós de diciembre de dos mil

veintidós, fueron notificados del procedimiento por la médico residente […] (**PR**) sobre el procedimiento que iba a llevar a cabo y en el caso de que si fueran avisados por qué no supervisaron él retiró del catéter ya que dé acuerdo a "NORMA Oficial Mexicana NOM-OO1 -SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas." y al "REGLAMENTO INTERNO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS" es su responsabilidad vigilar la toma de decisiones y acciones del personal becario.

19. Acta circunstanciada de veintiuno de mayo de 2026 en la que se dio fe de la comunicación establecida con **V1**, quien refirió que el veintiocho de noviembre de 2024 presentó denuncia de hechos contra quien resultara responsable, por los hechos materia de la presente resolución, generándose la carpeta de investigación con NUC: [redacted] y NIC: [redacted].[37]

20. Acta circunstanciada de diecisiete de septiembre de 2026 en la que se hizo constar la comparecencia de **SPR1**, quien, entre otras cuestiones, dijo ser médico especialista de [redacted] en el turno vespertino del hospital del caso y estar encargado junto con **SPR2** de dicho turno. Afirmó conocer los hechos, aunque dijo haberse enterado de lo sucedido días después "porque había pedido vacaciones, sucedió durante ese periodo." Asimismo, no recordar haber atendido nunca a **V**.[38]

21. Acta circunstanciada de diecisiete de septiembre de 2026 en la que se asentaron las manifestaciones de **SPR2** sobre los hechos. El servidor público dijo estar adscrito al servicio de [redacted] del hospital del caso

[37] Foja 882 del cuarto tomo.
[38] Fojas 890 y 891 del tomo cuarto.

en el turno vespertino, no estar seguro de quién fue el médico encargado de supervisar a **PR** al momento del retiro del catéter, además de estar, junto con **SPR1**, a cargo del turno vespertino en el hospital del caso.[39]

Elementos que constituyen el cúmulo de evidencias en el presente asunto.

IV. NEXO CAUSAL ENTRE LOS HECHOS Y LA DETERMINACIÓN DE LAS AFECTACIONES A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO

El análisis contextual es un instrumento que permite analizar el entorno de las víctimas de violaciones a derechos humanos en sus distintos aspectos: social, político, jurídico, económico y cultural.

El análisis de contexto resulta útil para valorar con precisión las violaciones a derechos cometidas, determinar las responsabilidades y establecer las medidas de reparación que correspondan a las víctimas, además de prevenir violaciones futuras mediante garantías de no repetición.[40]

A. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS Y PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS RESPONSABLES

Esta Recomendación reconoce como víctima directa de violaciones a sus derechos a **V**, así como a **Q**, **V1** y **V2**, hijo, cónyuge e hija de **V** respectivamente, como víctimas indirectas de las violaciones a derechos a ella cometidas.

[39] Fojas 892 y 893 del cuarto tomo.
[40] CNDH. *Análisis de contexto en la jurisprudencia internacional de los derechos humanos*, Ciudad de México, CNDH, 2021, p. 5.

Este Organismo identifica como personas servidoras públicas responsables a **SPR1** y **SPR2**, médicos adscritos al servicio de [redacted] del CM que, de conformidad con lo informado por el jefe de dicho servicio, se encontraban como responsables del turno vespertino al momento en que **PR** realizó el retiro del catéter Mahurkar a la paciente **V**.[41] Su responsabilidad se actualiza por omisión en el cumplimiento del deber de dirección, vigilancia y supervisión que les correspondía respecto de las acciones clínicas del personal médico residente bajo su ámbito funcional, particularmente porque permitieron que una médica en formación ejecutara un procedimiento invasivo sin acompañamiento de personal adscrito, sin autorización documentada, sin consentimiento informado específico y en un área no autorizada para tal efecto. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad institucional atribuible al ISSEMyM como garante de la organización, control y adecuada prestación del servicio público de salud.

B. ANÁLISIS DE CONTEXTO

Tal como afirma Silvia Patricia Chica [42] se trata de un marco de referencia para indagar y evaluar, que también es factible aplicar a las violaciones de derechos humanos. Para ese fin, como se dijo antes, deben tomarse en cuenta aspectos de índole social, política, económica, histórica, cultural, jurídica, incluso geográfica: “Dichos aspectos deben dialogar entre sí buscando factores que conectan causas y consecuencias […]” que dan lugar a las violaciones de derechos.[43]

[41] Evidencias 7 y 14.
[42] Cfr. Chica Rinckoar, Silvia Patricia. *Manual para el análisis de contexto de casos de personas desaparecidas en México*, Ciudad de México, Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, AC, 2019, p. 8.
[43] Ídem.

La Corte IDH emplea el análisis de contexto, entre otros, para comprender mejor las violaciones a derechos humanos, enmarcar hechos concretos dentro de un escenario más amplio de conductas estatales, identificar patrones de violaciones a derechos, así como determinar la procedencia de algunas medidas de reparación.[44]

En el caso que se analiza, se trata de la toma de decisiones y la ejecución de un procedimiento por parte de una médica en formación especializada (residente), sin la supervisión de médico adscrito, médico de base o servidor público alguno.

1. Contexto objetivo

También llamado contexto general, que desde la visión de la SCJN está vinculado con el entorno sistemático, estructural y generalizado de opresión, desigualdad, violencia o discriminación que enfrentan determinados grupos sociales.[45]

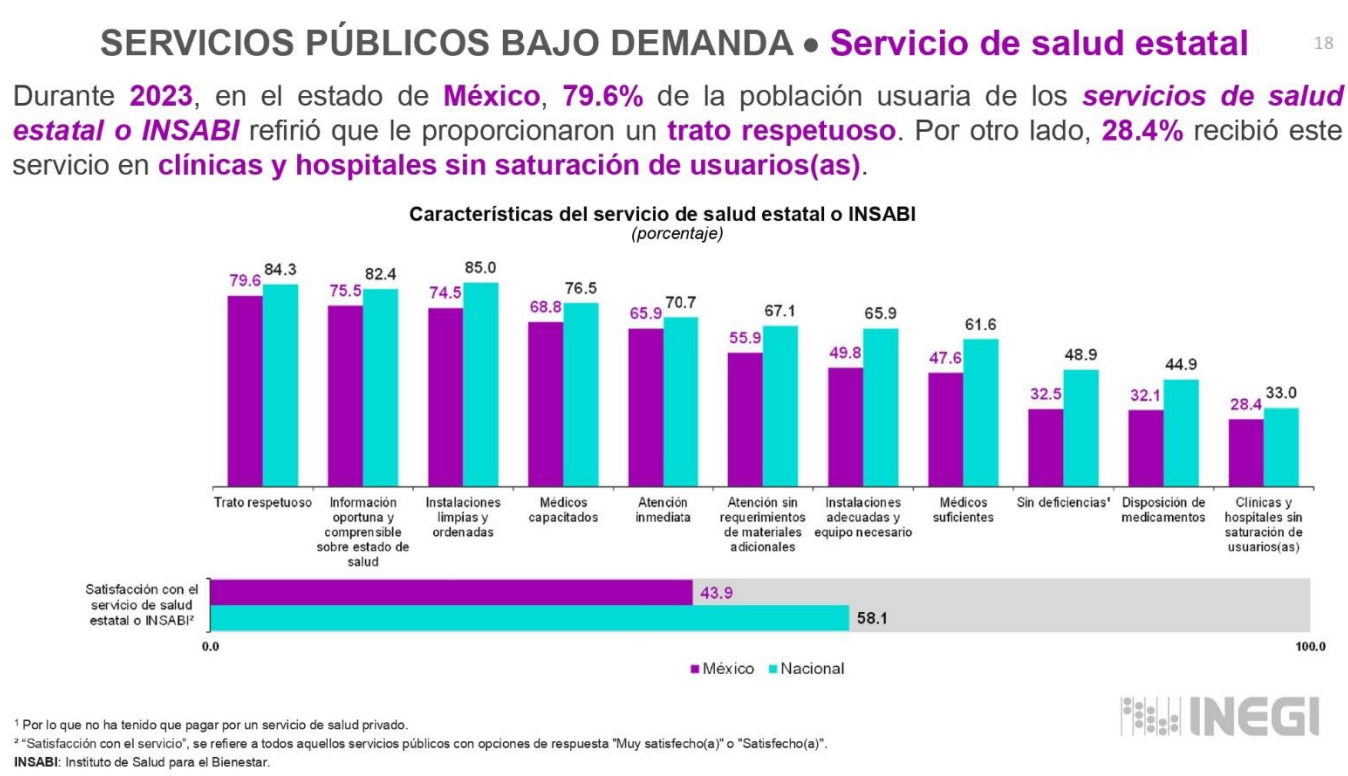
La situación de los pacientes en los hospitales públicos del Estado de México se caracteriza por largos tiempos de espera, saturación de servicios, desabasto de medicamentos y carencias de personal, infraestructura y equipo.

La Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) del INEGI mide la satisfacción de los usuarios de servicios públicos básicos y bajo demanda, las características de los servicios, la condición de realización de las

[44] Ídem.
[45] Cfr. SCJN. *Apuntes sobre justicia intercultural. Análisis de contexto*, Ciudad de México, SCJN, 2024.

solicitudes de servicios, entre otros aspectos, de la población de 18 años y más en ciudades de 100 000 habitantes y más en el país.

De acuerdo con la ENCIG 2023, dentro de los servicios públicos bajo demanda se obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: INEGI. ENCIG 2023.

Asimismo, durante 2023, el 100% de las personas en el Estado de México acudió a una instalación de gobierno para recibir atención médica de urgencia, mientras que, en el ámbito nacional, el porcentaje fue de 98.5.

Respecto de la atención médica programada, en nuestra entidad, el 99.2% de la población acudió a una instalación de gobierno para que le fuera prestado el servicio de salud, en tanto que a nivel nacional lo hizo el 97.1%.

Por otra parte, el nivel de satisfacción con el tiempo destinado a la atención médica de urgencia fue de 43.3% entre las personas del Estado de México, frente a 48.1% en el ámbito nacional. Y de 74.6% en el caso de la atención médica programada en la entidad, mientras que en lo nacional alcanzó un 66.3%.

En cuanto al nivel de satisfacción con el trato recibido, tanto la atención médica programada, como la atención médica de urgencia obtuvieron los más bajos porcentajes entre los servicios públicos sobre los que se realizó la ENCIG 2023:



Fuente: INEGI. ENCIG 2023.

Por lo que hace a la satisfacción general con los servicios recibidos, las personas dentro de nuestra entidad, en un 77.2% se sintieron satisfechas en cuanto a la atención médica programada, mientras que el 53.6% se sintió satisfecho con la atención médica de urgencia. En el contexto general de los servicios se obtuvieron los siguientes resultados:

Satisfacción general

38

En el estado de **México**, **83.7%** de los(las) usuarios(as) se sintieron **satisfechos(as)**[1] en términos generales al realizar pagos, trámites o solicitudes de servicios públicos. El pago, trámite o solicitud de servicios públicos con el mayor nivel de **satisfacción**[1] fue el **pago ordinario del servicio de luz** con **93 por ciento**.



INEGI

[1] Corresponde a las opciones de respuesta "Muy satisfecho(a)" o "Satisfecho(a)".

Fuente: INEGI. ENCIG 2023.

Respecto de la confianza en instituciones o actores de la sociedad, en el Estado de México, el 71.8% de las personas de 18 años y más tiene un nivel de percepción de confianza en los hospitales públicos, frente a un 69.6% a nivel nacional.

En otro orden, de acuerdo con un estudio sobre el cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México, publicado en 2024, en el que se aplicó una encuesta que versó sobre aspectos diversos, se indagó sobre la supervisión de los médicos de base hacia los residentes, estableciéndose que en los servicios estatales de salud o Instituto de Salud para el Bienestar, el 32.3% de los residentes no cuentan con asesoría permanente en sus actividades y 52.1% no cuenta con asesoría permanente en sus guardias, situación preocupante que debe ocupar a las autoridades sanitarias del ámbito local.[46]

2. Contexto subjetivo

Denominado contexto particular, se enfoca en la relación entre los involucrados, donde ocurren situaciones que colocan a la víctima en condiciones de vulnerabilidad y en riesgo de resultar victimizada.[47]

El veintidós de diciembre de 2023, la víctima **V** acudió al CM, donde la médica residente **PR**, sin observar adecuadamente la técnica a seguir o protocolo alguno y sin contar con la debida supervisión, decidió retirar el catéter que **V** portaba, colocándola en una situación de vulnerabilidad extrema que dio lugar a que, como consecuencia del procedimiento aplicado, la víctima sufriera un paro cardiorrespiratorio, “ligado a un evento de tromboembolia pulmonar post retiro de

[46] La encuesta se aplicó a residentes de diversas entidades: Ciudad de México, Puebla, Estado de México, Nuevo León, Jalisco Guanajuato y Sinaloa. Cfr. Castro, Roberto, et. al. “Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México,” en Revista *Investigación en educación médica*, Facultad de Medicina, UNAM, Vol. 13, N° 50, abril-junio 2024.
[47] Cfr. Sentencia recaída al Amparo Directo 29/2017, nota 88.

catéter yugular derecho,"[48] que generó en ella un estado vegetativo persistente[49] y meses después falleciera.

Aunque el quejoso, hijo de **V**, tiene su propia familia, integrada por su esposa y un hijo (hoy en día de seis años), la situación de salud de su progenitora a raíz de los hechos le generó preocupación e inquietud, situación semejante a la sufrida por **V2**, hija de la víctima. Por su parte, **V1**, esposo de **V**, a partir de lo ocurrido, dejó su trabajo para permanecer las veinticuatro horas del día al cuidado de su cónyuge en el CM, refiriendo además que: "actualmente le doy terapia física, le leo la Biblia, escucho música con mi esposa y vigilo la atención que le dan en el hospital. Con lo acontecido con mi esposa me siento decepcionado, relacionado con el hospital. En el futuro me inquieta no saber qué va a pasar mañana con mi esposa y cuánto tiempo más vamos a permanecer en el hospital […]."[50]

V. DE LAS OBLIGACIONES EN EL RESPETO DE LOS PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS

A partir de la evidencia que integra el expediente del caso, desde una perspectiva de derechos humanos,[51] se analizan los hechos en función de las obligaciones

[48] Evidencia 18, foja 794 del cuarto tomo.
[49] Ibídem, foja 795
[50] Foja 835 del cuarto tomo.
[51] "Un enfoque basado en los derechos humanos permite determinar quiénes tienen derechos (titulares de derechos) y qué libertades y derechos tienen estos en virtud de las normas internacionales de derechos humanos, así como las obligaciones de los responsables de garantizar que los titulares de derechos disfruten de sus derechos (responsables de dar cumplimiento a sus obligaciones). Dicho enfoque permite empoderar a los titulares de derechos para exigir sus derechos y a los garantes de derechos para dar cumplimiento a sus obligaciones. En un enfoque basado en los derechos humanos, la promoción de la rendición de cuentas para cumplir con las obligaciones es una actividad constante; un 'ciclo de rendición de cuentas' en todo el ciclo normativo permite asegurar que las políticas y los programas responden a las necesidades de los titulares de derechos. […] Además de la rendición de cuentas, mediante el enfoque se analiza también un ciclo normativo en un marco de los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación, participación, indivisibilidad y estado de derecho […]", entre otras cuestiones. Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/Harvard FXB Center for Health &Human Rights/The Partnership for Maternal, Newborn &

que la autoridad responsable debió observar para salvaguardar los derechos a la protección de la salud, a una atención médica libre de negligencia, así como a la debida integración del expediente clínico.

De conformidad con lo antes expuesto, la propuesta metodológica para el análisis del presente asunto parte de los principios constitucionales de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, establecidos en el artículo 1°, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a fin de determinar la vulneración a derechos humanos y establecer las acciones transformadoras a seguir, tomando como parámetros las obligaciones y deberes que la autoridad recomendada debió observar en el caso concreto, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En seguida se contrastan los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad con los hechos que nos ocupan.

A. Universalidad

Con este principio se postula que los derechos son aplicables a todas las personas por igual. Según señala Antonio Blanc, afirmar la universalidad de los derechos humanos supone hacer abstracción de las distintas situaciones históricas, políticas, religiosas, inclusive éticas para confirmar que sólo se requiere ser humano para tener derechos. Además:

Child Health/UNFPA/World Health Organization. *Breve guía de reflexión sobre un enfoque basado en los derechos humanos de la salud*, folleto, sl, ONU, 2016, p. 4.

> Ello implicaría igualmente la necesidad de superar el marco jurídico positivo existente en un momento determinado, en la medida en que los derechos humanos son anteriores al derecho positivo y en que además se encuentran fuera del ámbito exclusivo de la jurisdicción doméstica de los Estados como consecuencia del proceso progresivo y al mismo tiempo imparable de su internacionalización.[52]

La universalidad tiene un nexo intrínseco con la dignidad humana, fundamento de todos los derechos humanos. Universalidad que encuentra su razón de ser en la proyección particular, en la vida individual de cada persona, con efectos evidentes en las condiciones de existencia de la sociedad.[53]

A la luz de la universalidad, toda persona, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica tiene derecho al disfrute del máximo grado de salud física y mental, esto supone el acceso equitativo a servicios sanitarios integrales, oportunos y de calidad sin que ello represente dificultades económicas.[54]

B. Interdependencia

Todos los derechos están relacionados entre sí, por ese motivo la realización de uno está vinculada con la satisfacción de otros y la violación de alguno de ellos impacta en detrimento de varios más.

---

[52] Blanc Altemir, Antonio, "La universalidad de los derechos humanos: algunas reflexiones" en *Revista internacional de ciencias sociales*, volumen 5, número 1, sl, se, 2016, pp. 169-182.
[53] *Cfr.* Vázquez, D. y Serrano, S. (2021). *Los Derechos en Acción,* segunda edición, Flacso, México, p. 54.

[54] Cfr. OPS. Salud universal, disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de

En el caso, la mala práctica efectuada por la médica residente **PR**, afectó el estado de salud de **V**, generando en su organismo daños que ocasionaron el deterioro gradual de sus condiciones hasta llevarla a su fallecimiento.

C. Indivisibilidad

La primera referencia a la naturaleza indivisible de los derechos humanos se halla en la proclamación de Teherán de 1968, cuyo párrafo 13 afirma que los derechos son indivisibles en la medida en que "la plena realización de los derechos civiles y políticos sin el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales es imposible."

Essink, Quintavalla y Temperman definen la indivisibilidad "como una relación bilateral de apoyo entre derechos humanos. En otras palabras, dos derechos humanos son indivisibles si el respeto por un primer derecho humano aumenta el respeto por otro y viceversa."[55]

El derecho a la protección de la salud se ve fortalecido si las personas reciben una atención médica sin negligencia, y en sentido inverso, si los profesionales de la salud, médicos, proporcionan una atención diligente, cuidadosa y conforme a la *lex artis*, la protección de la salud se verá beneficiada. Sin desestimar que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados.[56]

[55] Cfr. Essink, Jan, Quintavalla, Alberto & Temperman, Jeroen, "The indivisibility of human rights: an empirical analysis" en *Human rights law review*, volume 23, issue 3, september 2023.
[56] Cfr. con la tesis aislada I.3o.C.440 C (10a.) registro digital: 2024514. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 12, Abril de 2022, Tomo IV, página 2863.

D. Progresividad

Este principio ordena ampliar en forma constante el alcance y la protección de los derechos humanos hasta lograr su plena materialización, al tiempo de prohibir cualquier retroceso injustificado. Las autoridades del Estado deben mejorar las garantías existentes y evitar medidas que disminuyan el nivel de protección alcanzado.[57]

A lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI se han cristalizado incuestionables avances en materia de salud pública dentro del Estado de México, con la evolución de un sistema asistencialista básico hacia un sistema institucionalizado y de cobertura ampliada. Entre los principales avances se cuentan: la creación de infraestructura hospitalaria y la transición hacia modelos de atención universal, sin embargo, es mucho lo que aún puede hacerse por mejorar la calidad de los servicios, considerando que existen carencias, entre ellas, en recursos humanos y materiales para atender debidamente a la población y hacer realidad sus derechos en el contexto de los servicios públicos de salud.

VI. DERECHOS VULNERADOS

A continuación, se puntualizan los derechos transgredidos a la víctima **V** de acuerdo con lo acreditado en el sumario del asunto.

[57] Cfr. tesis 2a./J. 41/2017 (10a.) registro digital: 2014218. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 42, Mayo de 2017, Tomo I, página 634.

A. Derecho a la protección de la salud

Salud es un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social, que supone la ausencia de enfermedades, constituye un factor determinante para el desarrollo individual y colectivo que permite tener una vida en condiciones de dignidad.[58] Derecho a la salud es la facultad de disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.[59]

Para conseguir ese grado máximo de salud -dado el carácter inclusivo del derecho que nos ocupa- resulta indispensable materializar una gama de aspectos que hacen posible el bienestar integral de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de los servicios de salud y condiciones sanitarias adecuadas, alimentación apropiada, condiciones de trabajo seguras, medio ambiente salubre, agua y vivienda dignos.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud es un derecho derivado, componente, parte del derecho genérico que representa el derecho a la salud. En tal sentido, la doctrina ha señalado que esa protección se manifiesta en tres ámbitos diferentes: derecho a la protección de la salud individual y colectiva en sentido estricto; derecho a la asistencia sanitaria; y derecho a decidir en el ámbito de los tratamientos médicos. En correspondencia con esas tres esferas, el Estado juega roles distintos:

> […]en el primer caso tendría un deber fundamentalmente de hacer (promover políticas públicas que fomenten la salud individual y colectiva y que prevengan enfermedades),

[58] Cfr. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
[59] Cfr. Art. 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

> **en el segundo, su obligación sería de dar (prestar asistencia sanitaria)**, y en el tercero, una obligación de no hacer (respetar las decisiones del paciente en el ámbito de su salud […] (resaltado fuera de texto).[60]

B. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Negligencia es descuido, falta de cuidado, falta de aplicación.[61] Ocurre negligencia médica cuando un profesional de la salud, al proporcionar sus servicios, comete descuido, falta de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en la actividad profesional médica, es decir, se incurre en defectos al realizar el acto o en omisiones, cuando a pesar del conocimiento de lo que se debe hacer, no se aplica, provocándose un daño.[62]

La negligencia médica es una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*, la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, sin la garantía de la curación del paciente.[63]

---

[60] Cfr. Bombillar Sáenz, Francisco M. y Pérez Miras, Antonio, "El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de derecho comparado", en *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, primer semestre, 2015, Núm. 25, p. 299 y ss.
[61] Cfr. RAE. Diccionario de la Lengua Española, voz: negligencia, disponible en: https://dle.rae.es/?id=QMABIOd (consultado el 28 de febrero de 2024).
[62] Cfr. Choy, GSA. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina, Puebla, OGS, 2002, p. 52.
[63] Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.[64]

La mala práctica médica tiene lugar cuando un paciente sufre un perjuicio ocasionado por el profesional sanitario (médico, enfermero, entre otros) al fallar en proporcionar la atención adecuada a la salud:

La mala praxis médica se caracteriza porque el médico actuó de manera negligente, lo que significa que el médico no era razonablemente hábil o competente, y que la incompetencia ha perjudicado al paciente.[65]

C. Derecho a otorgar consentimiento informado

De conformidad con la LGS, el consentimiento informado “es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud”.[66] En términos de la propia LGS, el consentimiento informado “constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto

[64] Ídem.
[65] Cfr. Ríos Ruiz, Alma de los Ángeles y Fuente del Campo, Antonio, “Ética, derechos humanos en el marco de la responsabilidad médica en Uruguay” en El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Compendio, México, CNDH, 2017, p. 169 y ss.
[66] Artículo 51 Bis 2, párrafo cuarto de la LGS.

desde la perspectiva de la libertad individual, como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud".[67]

Consentimiento informado no es un mero formato: "es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento."[68]

El derecho a otorgar el consentimiento informado es la facultad de toda persona a exteriorizar su consentimiento expreso, libre e informado sobre toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica que represente un riesgo a su salud, con la posibilidad implícita de poder revocarlo en cualquier momento y por cualquier motivo.[69]

El consentimiento informado permite al personal de la salud informar al paciente competente, acerca de la naturaleza de la enfermedad y de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se plantean utilizar, así como de los beneficios y riesgos que conllevan y las alternativas existentes.[70]

El documento escrito "sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información."[71] Por ello se concibe al consentimiento informado como la materialización de la actitud

[67] Artículo 51 Bis 2, párrafo tercero de la LGS.
[68] Cfr. Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*, quinta edición, México, Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, 2015, p. 45 y ss.
[69] Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos,* Toluca, CODHEM, 2016, p. 229.
[70] Cfr. Comisión Nacional de Bioética. *Op. cit*., nota 58.
[71] Ídem.

responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud -en su caso- que reviste de calidad los servicios y con ello garantiza el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.[72]

El consentimiento informado se integra por dos partes: derecho a la información y libertad de elección.[73]

En cuanto al *derecho a la información*, los datos proporcionados al paciente deben ser claros, veraces, suficientes, oportunos y objetivos en cuanto a todo el proceso de atención, fundamentalmente diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento, tanto como riesgos, beneficios físicos y/o emocionales, duración y alternativas, en caso de existir.[74]

Dentro de este aspecto debe corroborarse que el paciente ha comprendido la información proporcionada, favorecer que haga preguntas, dar respuesta a ellas y brindar toda la orientación que requiera.[75]

Cabe acotar que la información debe darse a personas competentes en términos legales. Para el caso de personas incompetentes, debe obtenerse la autorización de un representante legal, no obstante, siempre que sea posible, resulta deseable tener el consentimiento del paciente.[76]

[72] Ídem.
[73] Cfr. Ídem.
[74] Ídem.
[75] Ídem.
[76] Ídem.

La *libertad de elección* significa que una vez proporcionada la información adecuada, el paciente puede o no dar su consentimiento para que se realicen los procedimientos planteados, para lo cual resulta indispensable favorecer la autonomía y el derecho a decidir de la persona.

Tratándose de procedimientos de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe expresarse y comprobarse por escrito, el cual pasará a formar parte del expediente clínico.[77]

D. Derecho a la debida integración del expediente clínico

El artículo 6° de la CPEUM, prevé que el derecho a la información será garantizado por el Estado y que "[…] Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión […]." En virtud del principio de interdependencia, el derecho a la información y el derecho a la protección de la salud se hallan relacionados, vinculándose en la debida integración del expediente clínico, como garantía para la realización de ambos. Es decir, la debida integración del expediente clínico hace posible que los usuarios de los servicios sanitarios conozcan en forma verídica lo que ocurre con aspectos específicos de su salud.

La Corte IDH ha señalado que "un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de

[7777] Ídem.

conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades."[78]

La Ley General de Salud da al expediente clínico el carácter de un derecho: "los beneficiarios tendrán los siguientes derechos: […] VII. Contar con su expediente clínico […]".[79]

De acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012,[80] en el expediente clínico se concentra y documenta la atención que reciben los pacientes por parte de los profesionales de la salud, constituyéndose en un instrumento de uso obligatorio del que se desprenden, evidencian y demuestran tanto las acciones como las omisiones en que incurren los profesionales de la salud en la atención que brindan a los pacientes.

Efectivamente, en el expediente clínico se consignan los distintos ámbitos y fases del proceso de la atención médica, recogiendo aspectos del estado de salud del paciente, resultando dichos registros elementales para su correcta integración.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, fija los criterios y da certeza sobre el tema al determinar que los profesionales de la salud tienen la obligación de documentar de manera escrita los servicios médicos que se otorgan al paciente, que ésta debe ser de forma adecuada, y a la vez constituye la principal evidencia del acto médico del servidor de la salud al ser el

[78] Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador". Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.
[79] Artículo 77 bis 37.
[80] Cfr. Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, México, DOF, 29 de junio de 2012.

medio por el cual puede demostrar que actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

VII. OBLIGACIONES Y DEBERES ESPECÍFICOS DE DERECHOS HUMANOS APLICABLES

Una vez valorado el contexto y enunciadas las obligaciones derivadas de los principios comunes a las facultades humanas, además de identificar a la víctima (**V**) que, en su condición de persona, de paciente, sufrió la violación de sus derechos a la protección de la salud, a una atención médica libre de negligencia y a la debida integración del expediente clínico, se procede a analizar las obligaciones de la autoridad involucrada en los hechos.

Derivado de lo anterior, se procede al análisis de las obligaciones generales y los deberes específicos establecidos en la CPEUM, en su artículo primero, párrafo tercero, así como en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, en su numeral 5, párrafo tercero, ordenamientos jurídicos que prevén la obligación a todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos; en armonía con el derecho internacional de los derechos humanos y la normativa aplicable al caso particular.

A. Obligación de respetar

La obligación de respetar en el ámbito de los servicios sanitarios es un principio esencial de los derechos humanos que exige a los Estados, instituciones y servidores públicos de la salud, abstenerse de interferir directa o indirectamente

en el disfrute del derecho a la salud de las personas, esto supone, entre otros aspectos, tratar dignamente y con respeto a los pacientes, no discriminarlos, proporcionarles información clara y oportuna, proceder con calidad técnica, diligencia y calidez, así como garantizar su autonomía.

Al respecto, la SCJN ha señalado que:

> […] para determinar […] la obligación de […] (respetar los derechos humanos) ésta puede caracterizarse como el deber de la autoridad que le impide interferir con el ejercicio de los derechos o ponerlos en peligro, ya sea por acción u omisión; es decir, la autoridad, en todos sus niveles (federal, estatal o municipal) y en cualquiera de sus funciones (ejecutiva, legislativa o judicial), debe mantener el goce del derecho y, por ende, su cumplimiento es inmediatamente exigible puesto que, aun cuando primeramente está dirigida a los órganos del Estado, también incluye la conducta de los particulares, que igualmente se encuentran obligados a no interferir con el ejercicio de los derechos; por tanto, esta obligación alcanza la manera en que las autoridades entienden las restricciones a los derechos, tanto en su formación (a cargo del Poder Legislativo) como en su aplicación (Poder Ejecutivo) e interpretación (Poder Judicial).

> […] para determinar […] la obligación de respetarlos […] ésta puede caracterizarse como el deber de la autoridad que le impide interferir con el ejercicio de los derechos o ponerlos en peligro, ya sea por acción u omisión; es decir, la autoridad, en todos sus niveles (federal, estatal o municipal) y en cualquiera de sus funciones (ejecutiva, legislativa o judicial), debe mantener el goce del derecho y, por ende, su cumplimiento es inmediatamente exigible puesto que, aun cuando primeramente está dirigida a los órganos del Estado, también incluye la conducta de los particulares, que igualmente se encuentran obligados a no interferir con el ejercicio de los derechos; por tanto, esta obligación alcanza la manera en que las autoridades entienden las restricciones a los

derechos, tanto en su formación (a cargo del Poder Legislativo) como en su aplicación (Poder Ejecutivo) e interpretación (Poder Judicial).[81]

El veintidós de diciembre de 2023, **V** acudió a cita de seguimiento en el CM, tras haber egresado de hospitalización del mismo nosocomio el diecinueve de diciembre de 2023, con diagnóstico de enfermedad renal aguda KDIGO 3[82] y posterior colocación de catéter temporal yugular derecho,[83] el ocho de diciembre del mismo año. Cabe señalar que, en la misma fecha, veintidós de diciembre, previo a su consulta de seguimiento, fue retirada a **V**, la férula que el once de noviembre del mismo año se colocó en su tobillo derecho debido a una fractura, por parte del servicio de traumatología del hospital del caso.[84]

V fue atendida en la consulta de seguimiento del veintidós de diciembre por **PR**, médica residente de la especialidad de [redacted], de primer año, quien decidió retirarle el catéter "con base en la recuperación de su función renal y con el fin de evitar infecciones asociadas a angioacceso […],"[85] sin embargo, para realizar el procedimiento, **PR** omitió recabar documento de consentimiento informado en el que se especificara la autorización por parte de la paciente **V** y su esposo -

[81] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE RESPETARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o J/23 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, febrero de 2015, Página 2257, Registro digital 2008517

[82] También denominada LRA estadio 3, es la forma más grave de lesión renal aguda, caracterizada por un fallo funcional repentino y severo. Cfr. Rodríguez Benítez, Patrocinio, Ramos Terrades, Natalia y Poch, Esteban, "Insuficiencia renal aguda" en: Lorenzo, V, López Gómez, JM (Eds.) *Nefrología al día,* ISSN: 2659-2606, disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/690

[83] Dispositivo de acceso venoso central de corta duración, que se inserta en la vena yugular interna derecha para hemodiálisis urgente, medicación o fluidos. Se prefiere el lado derecho por su trayectoria directa a la vena cava superior, reduciendo complicaciones. Generalmente es de doble luz (porque contiene dos canales o tubos internos separados dentro de un mismo tubo exterior. Esto permite realizar dos funciones simultáneas, como extraer sangre y devolverla [hemodiálisis] o infundir medicamentos incompatibles al mismo tiempo sin que se mezclen). Cfr. Rodrigo de Tomás, M. Teresa, "El abordaje yugular," disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-el-abordaje-yugular-S1886284511001093, así como Parejo, Maite, "Uso del midline de dos luces: ¿Cuál es su utilidad? Disponible en: https://campusvygon.com/es/uso-del-midline-de-dos-luces-cual-es-su-utilidad/

[84] Evidencias 1, 4, 5 y 8, consultables en fojas 2, 25, 26, 27-587, así como 607 de los tomos primero a cuarto del expediente del caso.

[85] Evidencia 8, foja 607, tercer tomo.

presente durante la consulta- para el retiro del dispositivo, además de que para efectuar el procedimiento, de acuerdo con el dictamen técnico médico institucional de la CCAMEM, **PR**: "no cumplió con el protocolo que dicta la teoría y práctica médica vigentes, ni el señalado por el jefe de servicio de esa especialidad en ese nosocomio, para el retiro seguro y correcto del dispositivo vascular central yugular derecho tipo Mahurkár, que tenía instalado la paciente, para su terapia de hemodiálisis," práctica que llevó a cabo sin la supervisión y sin autorización de un médico adscrito. Por tanto, el aludido dictamen determina que en la atención proporcionada a **V** por la médico residente **PR**, hubo mala práctica médica.[86]

La declaración de **V1**,[87] cónyuge de **V**, sobre las condiciones en que **PR** efectuó el retiro de catéter a la víctima, permiten comprender mejor lo acontecido:

> En las fotografías que se entregan, de manera clara se puede observar que es una oficina o área administrativa, en la que se encuentran varios escritorios y computadoras, donde el día 22 de diciembre de 2023, se encontraban sentados otros médicos, y la Dra. […] (**PR**) nos atendió junto a la mesa redonda blanca, yo llevaba a mi esposa en silla de ruedas y estaba parado atrás de la silla de ruedas, sujetando las agarraderas de ésta, no hubo nunca una camilla o una cama, no había equipo médico de ningún tipo, ni persona de enfermería que la apoyara. Sobre la mesa colocó unas gasas y un líquido que mencionó que eran para retirar el pegamento de la tela adhesiva que sostenía el catéter, y que no le doliera el retiro de la tela adhesiva, mencionando previamente que procedería a retirar el catéter, derivado de que sus resultados de laboratorio arrojaban que sus riñones estaban en recuperación y no necesitaba ya el catéter. **Nunca preguntó, ella sólo dijo que lo haría**.

[86] Conclusión tercera, foja 797, reverso.
[87] Según consta en acta circunstanciada de doce de febrero de 2024, evidencia 9, foja 628 del tercer tomo.

De manera coincidente con lo señalado por **V1**, el expediente clínico de **V** carece de documento de consentimiento informado de la paciente o su cónyuge para la práctica del retiro del mencionado catéter, lo que constituye inobservancia al numeral 10.1 de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, referente a la obligatoriedad de las cartas de consentimiento informado, y que implica también la vulneración del respeto a la autonomía de **V**, ya que se omitió informarle la naturaleza del procedimiento que se le aplicó, los riesgos y beneficios, así como las posibles alternativas, de manera que después de haber sido informada adecuadamente, **V** pudiera decidir otorgar su consentimiento o no, para llevar a cabo el procedimiento, sin embargo, la omisión hizo nugatorio su derecho a otorgar consentimiento informado.[88]

Durante su comparecencia ante servidores públicos de este Organismo, el siete de mayo de 2024, **PR** corroboró que el sitio descrito y referido por **V1** fue el lugar donde ejecutó el retiro del catéter a **V**.[89]

Más aún, **SP2**, jefe del servicio de [redacted] del hospital del caso, en su declaración ante servidora pública de esta Comisión, manifestó, entre otras cuestiones, que sí existe un protocolo para el retiro del catéter Mahurkar, como el que extrajo **PR** el veintidós de diciembre de 2023 (protocolo que especificó el propio **SP2** y que se precisa en la evidencia 7),[90] además de que el área donde dicha médica efectuó el retiro del catéter, es un área de trabajo que pertenece al

[88] Cfr. Evidencia
[89] Evidencia 13, foja 719 y 720 del cuarto tomo.
[90] Fojas 605 y 606, tercer tomo.

servicio de nefrología, pero “no es un área que se tenga autorizada para realizar un retiro de catéter.”[91]

En relación directa con lo anterior, como bien señala el dictamen de la CCAMEM en su considerando 6, en el expediente clínico:

> […] no existe un documento en el que aparezcan el nombre (s), apellido (s) del personal médico adscrito que valoró de manera integral a la paciente, tanto clínicamente como con apoyo de auxiliares de diagnóstico, ni en la consulta externa, ni en el servicio de hospitalización de [redacted] en conjunto con la residente, para estar en posibilidades de tomar la decisión de retirarle el multi nombrado catéter y que a su vez, presenciara el momento en que la becaria efectuara la maniobra y la apoyara en el evento de parada cardiorrespiratoria de la enferma. […][92]

La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, vigente el día de los hechos, establece que es una obligación de los médicos residentes:

> 11.4 Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes.

[91] Fojas 722 y 723 del tomo cuarto.
[92] Foja 796 del cuarto tomo.

Coherente con la Norma Oficial Mexicana referida, el Reglamento Interno de las Residencias Médicas del ISSEMyM, en sus artículos 12 fracción V y 13, fracciones XXIII y XXVII dispone:

> Artículo 12.-Son derechos de los médicos residentes:
>
> […]
>
> Recibir el programa académico correspondiente a su especialidad, de conformidad con los planes y programas de las instituciones de educación superior e institucionales, bajo la dirección, asesoría, supervisión y compromiso académico del profesor titular y médicos adscritos.
>
> Artículo 13.- Los médicos residentes tendrán las obligaciones siguientes:
>
> […]
>
> Participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que les encomienden durante su residencia médica, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de las autoridades responsables y niveles jerárquicos de las residencias médicas, según corresponda;
>
> […]
>
> Atender médicamente y/o intervenir quirúrgicamente a los pacientes de las unidades médicas receptoras, en casos de contingencia médica, urgencia o cuando por las necesidades del servicio sean requeridos; siempre bajo la supervisión del profesor titular, jefe de servicio, o algún médico adscrito.

A consecuencia de lo efectuado por **PR**, Como señala la CCAMEM, **V** sufrió un paro cardiorrespiratorio “ligado a un evento de tromboembolia pulmonar post

retiro de catéter yugular derecho,"[93] por lo cual debieron aplicársele maniobras de reanimación cardiopulmonar, con duración de veintidós minutos, más la administración de adrenalina cada tres minutos y desfibrilación en dos ocasiones, logrando el retorno de la circulación espontánea.[94] **V** fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del CM en las primeras horas del veintitrés de diciembre de 2023, donde permaneció hasta el doce de enero de 2024, catalogada desde su ingreso en condición grave. De la atención recibida en la UCI por parte del servicio de neurología, destaca la siguiente aseveración, derivada del examen practicado a **V** el diez de enero de 2024:

> El comportamiento clínico es compatible con Estado Vegetativo Persistente. Dada la severa extensión de las lesiones cerebrales se espera una pobre recuperación en caso de sobrevivir. El pronóstico vital es malo a corto plazo, el pronóstico funcional es pésimo. De sobrevivir, necesitaría rehabilitación multimodal extensa (física, cognitiva, ocupacional, etc.) con ganancia funcional pobre.[95]

V fue ingresada al servicio de Medicina interna el doce de enero de 2024, "donde se interconsultó a los servicios de rehabilitación y tanatología, por contar con pronóstico malo para la vida y función y alto riesgo de complicaciones."[96]

Durante la tarde del veintinueve de marzo de 2025, **V** presentó ausencia de actividad eléctrica y mecánica del corazón (asistolia), por lo que a petición de su cónyuge se le dieron maniobras de reanimación con compresión torácica,

[93] Evidencia 18, foja 794, tomo cuarto.
[94] Evidencias 4, 5 y 8, fojas 25, y 607, tomos primero
[95] Evidencia 5, foja 557, reverso.
[96] Según el dictamen de la CCAMEM, evidencia 18, foja 795, reverso.

aplicándosele protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin presentar respuesta y sin recuperar el pulso. La víctima falleció ese día a las 19:05 horas.[97]

Las y los usuarios[98] de los servicios de salud en México tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como a recibir atención profesional y éticamente responsable, además de trato respetuoso y digno de los profesionales de la salud, los técnicos y los auxiliares.[99]

La calidad es un elemento fundamental para los servicios sanitarios, porque implica que los servicios de salud son seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.[100]

En los hechos del veintidós de diciembre de 2023, desafortunadamente, el servicio de salud proporcionado a **V** por **PR**, médica residente de primer grado adscrita al CM, distó de cumplir con la calidad que exigía, no fue seguro ya que causó daño a su salud, fue ineficaz e ineficiente por falta de competencia clínica y fue inequitativo al dispensar un servicio incapaz de atender sus necesidades.

B. Obligación de proteger

El Estado debe asegurar que todas las personas disfruten de sus libertades y derechos. Implica la salvaguarda o resguardo de las personas por parte del

[97] Según resumen clínico emitido por el jefe del servicio de nefrología del CM, foja 880 del cuarto tomo.
[98] Para efectos de la LGS, se considera usuario a "toda persona que requiera y obtenga los (servicios) que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables."
[99] Artículo 51 párrafo primero de la LGS.
[100] OMS. "Servicios de salud de calidad," disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services (consultado el 23 de abril de 2026).

Estado contra todo abuso cometido por agentes públicos o privados, en dos momentos: antes de la existencia de una violación a algún derecho y después de cometida aquella (dimensiones de prevención y reparación, respectivamente).

Con relación a lo anterior, la SCJN ha expresado que:

> […] para determinar […] la obligación de protegerlos. Ésta puede caracterizarse como el deber que tienen los órganos del Estado, dentro del margen de sus atribuciones, de prevenir violaciones a los derechos fundamentales, ya sea que provengan de una autoridad o de algún particular y, por ello, debe contarse tanto con mecanismos de vigilancia como de reacción ante el riesgo de vulneración del derecho, de forma que se impida la consumación de la violación. En este último sentido, su cumplimiento es inmediatamente exigible, ya que como la conducta estatal debe encaminarse a resguardar a las personas de las interferencias a sus derechos provenientes de los propios agentes del Estado como de otros particulares, este fin se logra, en principio, mediante la actividad legislativa y de vigilancia en su cumplimiento y, si esto es insuficiente, mediante las acciones necesarias para impedir la consumación de la violación a los derechos. De ahí que, una vez conocido el riesgo de vulneración a un derecho humano, el Estado incumple su obligación si no realiza acción alguna, sobre todo, porque, en el caso de sus propios agentes, está obligado a saber todo lo que hacen.

El deber estatal de salvaguardar los derechos humanos exige que las autoridades sanitarias faciliten un acceso oportuno, brinden calidad en el servicio, con aceptabilidad, es decir, que haya respeto a la ética médica y a lo que es

apropiado para cada persona desde una perspectiva cultural, con la sensibilidad debida hacia cuestiones de género.[101]

Asimismo, que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todas las personas, tomando en cuenta cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información. Pero también, disponibilidad (suficientes establecimientos, bienes y servicios de salud en funcionamiento para toda la población, además de no discriminación en la atención, lo que implica, entre otros aspectos, acceso a medicamentos, personal calificado y un entorno seguro que proteja a los pacientes contra abusos.[102]

Sobre la omisión de SPR1 y SPR2

De las constancias que integran el expediente se advierte que, al momento en que **PR** retiró el catéter Mahurkar a **V**, el turno vespertino del servicio de nefrología se encontraba bajo la responsabilidad de **SPR1** y **SPR2**, calidad que fue reconocida por el jefe del servicio de [redacted] al señalar que ambos eran los médicos adscritos responsables que se encontraban en ese momento. Vale decir que ambos servidores públicos durante su comparecencia ante este Organismo aseveraron ser responsables conjuntamente del turno vespertino en el hospital del caso.[103] La afirmación de **SPR1** en el sentido de que se encontraba de vacaciones el día de los hechos debe valorarse con cautela, pues constituye una manifestación unilateral que no encuentra respaldo objetivo en las

[101] Fuente: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health
[102] Ídem.
[103] Evidencias 20 y 21.

constancias que integran el expediente, pues no obra autorización de período vacacional, incidencia administrativa, rol de guardias, lista de asistencia, registro de sustitución o documento institucional alguno que corrobore su ausencia formal del servicio el veintidós de diciembre de 2023.

Además, dicha aseveración debe contrastarse con lo informado por **SP2**, jefe del servicio de [redacted], quien señaló en dos ocasiones[104] que el turno vespertino se encontraba a cargo de **SPR1** y **SPR2**, así como con las propias manifestaciones posteriores de ambos médicos adscritos. En ese sentido, el dicho de **SPR2** no desvirtúa, por sí mismo, la posición de garante que se le atribuyó como médico adscrito responsable del turno.

En esa condición, el deber de ambos servidores públicos no se limitaba a permanecer físicamente dentro del hospital o a desarrollar actividades paralelas de consulta externa, sino que comprendía la obligación funcional de mantener control, dirección y supervisión efectiva sobre las decisiones y actos asistenciales realizados por el personal médico residente adscrito al servicio, especialmente tratándose de procedimientos invasivos o potencialmente riesgosos.

Lo anterior resulta relevante porque la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, vigente al momento de los hechos, establecía en su numeral 11.4 que las y los residentes deben participar durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo en el estudio y tratamiento de los pacientes, **siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica**

[104] Evidencias 7 y 14.

receptora de residentes. A su vez, el Reglamento Interno de las Residencias Médicas del ISSEMyM reconoce, en su artículo 12, fracción V, el derecho de las personas residentes a recibir su programa académico bajo la dirección, asesoría, supervisión y compromiso académico del profesor titular y médicos adscritos; asimismo, en su artículo 13, fracción XXIII, dispone que deben participar en el estudio y tratamiento de pacientes siempre sujetos a las indicaciones y supervisión de las autoridades responsables y niveles jerárquicos de las residencias médicas, y en la fracción XXVII prevé que la atención médica o intervención quirúrgica que realicen por contingencia, urgencia o necesidades del servicio debe efectuarse siempre bajo supervisión del profesor titular, jefe de servicio o algún médico adscrito.

Bajo ese marco, si **SPR1** y **SPR2** eran los médicos adscritos responsables del turno vespertino, les era exigible desplegar acciones positivas de vigilancia y control sobre la actividad de **PR**, no sólo para autorizar o negar el retiro del dispositivo vascular central, sino para verificar previamente la indicación médica, constatar la existencia de consentimiento informado específico, asegurar que el procedimiento se realizara en un área autorizada, con cama o camilla, apoyo de enfermería, equipo necesario y disponibilidad de respuesta inmediata ante eventualidades. La omisión de tales actos de supervisión permitió que una médica residente ejecutara un procedimiento invasivo sin acompañamiento de personal médico adscrito, en un área administrativa y sin observar el protocolo informado por el propio servicio de [redacted], con lo cual se actualizó una falta al deber de cuidado profesional y jerárquico que les correspondía como responsables del turno.

La responsabilidad de **SPR1** y **SPR2** debe analizarse, por tanto, desde la perspectiva de la omisión de supervisión y no necesariamente como autoría material del procedimiento. Si bien quien retiró directamente el catéter fue **PR**, la normatividad aplicable impone a los médicos adscritos una posición de garante frente a los actos clínicos realizados por residentes dentro de la unidad médica receptora. Esa posición se acentúa cuando se trata de una residente de primer año y de un procedimiento que exigía técnica, condiciones de seguridad, valoración previa y autorización médica. En consecuencia, al no acreditarse que hubieran establecido mecanismos de control inmediato, instrucción expresa, autorización documentada o acompañamiento clínico durante el acto médico, **SPR1** y **SPR2** habrían contravenido el deber de asesoría, indicación y supervisión previsto en la NOM-001-SSA3-2012 y en el Reglamento Interno de las Residencias Médicas del ISSEMyM.

De igual forma, su conducta omisa debe valorarse a la luz del artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, conforme al cual las personas usuarias tienen derecho a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como del artículo 7, fracciones I y VII, de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios, que obligan a las personas servidoras públicas a actuar conforme a lo que el marco normativo establece para su empleo, cargo o comisión, así como a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. En ese sentido, la falta de supervisión atribuible a **SPR1** y **SPR2** no sólo representa una irregularidad técnico-médica, sino también una posible infracción administrativa vinculada con el incumplimiento de sus deberes de cuidado, vigilancia, profesionalismo y protección del derecho a la salud de **V**.

De la responsabilidad institucional del ISSEMyM

Tal como se observa en las disposiciones líneas antes transcritas de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 y del Reglamento Interno de las Residencias Médicas del ISSEMyM, las y los médicos residentes tienen la obligación de atender, tratar e intervenir quirúrgicamente a los pacientes, **siempre** sujetos a indicaciones y bajo supervisión de médicos que sean servidores públicos.

De lo anterior se desprende -como se ha dicho- que los médicos adscritos tienen por su parte la obligación de dirigir y supervisar la atención, tratamientos e intervenciones quirúrgicas de los médicos residentes, es decir, a ellos corresponde su supervisión clínica, mientras que la supervisión académica queda a cargo de la jefatura de Enseñanza e Investigación de la unidad médica, y la institución de salud funge como entidad responsable de su seguridad y formación técnica (o como patrón), de conformidad con la Ley Federal del Trabajo y la Norma Oficial Mexicana que regula las residencias médicas, en el caso la NOM-001-SSA3-2012 (que fue actualizada a NOM-001-SSA-2023).[105]

Por tanto, se configura la responsabilidad institucional de la autoridad sanitaria, ISSEMyM, por la falta de supervisión de **PR**, médica residente de primer año, fundamentada en el deber de cuidado y vigilancia que tienen las unidades médicas receptoras de residentes sobre el personal en formación.

[105] Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de marzo de 2024.

Dicha responsabilidad no se agota en la actuación aislada de una médica residente, sino que deriva de la posición institucional que ocupa el ISSEMyM como prestador público de servicios de salud, titular de la organización, funcionamiento, control y vigilancia de sus unidades médicas. En esa calidad, le corresponde asegurar que la atención proporcionada en sus hospitales se desarrolle mediante estructuras operativas idóneas, personal suficiente y calificado, distribución clara de funciones, mecanismos de supervisión efectiva y procedimientos estandarizados que impidan que una persona en proceso de formación ejecute actos médicos de riesgo sin autorización, acompañamiento y control profesional inmediato.

En este sentido, la ausencia de supervisión no puede entenderse únicamente como una omisión individual de quien debía vigilar el procedimiento, sino también como una falla del servicio atribuible a la institución, pues revela deficiencias en la planeación, coordinación y control de las actividades asistenciales desarrolladas por personal becario. Si el propio marco normativo interno y la NOM aplicable establecen que las y los residentes deben actuar siempre bajo indicaciones y supervisión, entonces el ISSEMyM está obligado a diseñar y mantener mecanismos verificables que permitan saber qué procedimientos pueden realizar, en qué condiciones, con autorización de quién, en qué espacios físicos y con qué apoyo humano y material.

La actuación de **PR** en un área no autorizada para el retiro de catéteres, sin cama o camilla, sin personal de enfermería de apoyo, sin carro rojo o de paro cardio

respiratorio disponible,[106] sin consentimiento informado específico y sin la presencia de personal médico adscrito, evidencia que en el CM no existió —o no operó eficazmente— un sistema institucional de control previo y concomitante para impedir la realización de intervenciones invasivas fuera de los parámetros mínimos de seguridad. Por ello, es jurídicamente reprochable la omisión institucional de garantizar condiciones organizativas compatibles con una atención médica segura, diligente y respetuosa de la autonomía de la paciente.

La responsabilidad institucional se robustece, además, porque las omisiones observadas no se limitaron al momento exacto del retiro del catéter, sino que se proyectaron en diversos planos del servicio: la falta de documentación completa en el expediente clínico, la inexistencia de constancia de valoración integral previa por personal adscrito de [redacted], la ausencia de registro de autorización para el procedimiento, las deficiencias en la información proporcionada a los familiares y la falta de evidencia sobre la cadena de mando aplicable al turno correspondiente. Tales circunstancias muestran un incumplimiento del deber de ordenar adecuadamente el servicio público de salud y de generar trazabilidad documental suficiente para conocer quién decidió, quién autorizó, quién supervisó y bajo qué criterios se ejecutó la intervención médica practicada a **V**.

Desde la perspectiva de derechos humanos, el deber de proteger y garantizar exige que las instituciones públicas de salud no sólo cuenten formalmente con normas, reglamentos o protocolos, sino que aseguren su observancia real en la

[106] unidad móvil y compacta que concentra los equipos, materiales y medicamentos necesarios para atender de manera inmediata una emergencia médica que pone en riesgo la vida del paciente, como un paro cardiorrespiratorio. Cfr. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

práctica cotidiana. La existencia de reglas sobre supervisión de residentes resulta insuficiente si la institución no implementa controles que impidan su inobservancia, tales como bitácoras de autorización, asignación expresa de médicos responsables por turno, delimitación de procedimientos permitidos según grado académico, verificación del consentimiento informado y prohibición expresa de practicar actos invasivos en espacios no autorizados. La omisión de tales controles permitió que una intervención de riesgo se realizara en condiciones inadecuadas y, por ello, compromete la responsabilidad del ISSEMyM como garante del servicio.

La falta de la debida supervisión de las y los médicos residentes es un elemento de la problemática en los servicios públicos de sanidad en el país, pues ocurre con frecuencia que los médicos adscritos delegan en los médicos residentes y en los internos de pregrado sus responsabilidades, incurriendo en una desviación del servicio que tienen encomendado, o bien, se omite ejercer un control meticuloso de la supervisión que debe mantenerse en todo momento sobre las acciones de las y los médicos en formación, por parte de las autoridades sanitarias, con lo que se ponen en riesgo la salud y la vida de las personas pacientes.

Al permitirse que médicos en proceso de adiestramiento atiendan pacientes sin la debida supervisión, se contravienen diversas disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, entre ellas los artículos 12.1 y 12.2. incisos c y d del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, además de 10.1 y 10.2 incisos a, b, d, e y f del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la efectividad y el alcance del más alto nivel de salud para todas las personas. Igualmente, el numeral 48 del

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y los artículos 7 fracciones I y VII de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.

Cabe señalar, por otra parte, que la autoridad responsable tuvo conocimiento oportuno de hechos que, por su naturaleza y consecuencias, podían ser constitutivos de responsabilidad administrativa, relacionados con la falta de supervisión del personal médico residente, la ejecución de un procedimiento invasivo en condiciones contrarias a la práctica médica segura, la ausencia de consentimiento informado específico y las deficiencias en la integración del expediente clínico; no obstante, de los informes rendidos no se advierte que el ISSEMyM haya dado intervención a su Órgano Interno de Control para que, en el ámbito de sus atribuciones, iniciara la investigación correspondiente y determinara la posible responsabilidad de las personas servidoras públicas involucradas. Dicha omisión resulta relevante porque evidencia una falta de reacción institucional frente a irregularidades conocidas, lo que compromete los deberes de vigilancia, control, rendición de cuentas y prevención de nuevas violaciones a derechos humanos dentro del servicio público de salud.

Sobre la falta de información a los familiares de V

De conformidad con la LGS, los usuarios de los servicios de salud[107] tienen derecho de “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y

[107] Usuario de servicios de salud es “toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables.” Artículo 50 de la LGS.

alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen."[108]

Además, los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes.[109]

En los hechos, de manera persistente, los profesionales de la salud del CM omitieron informar a los familiares de **V** sobre su estado de salud, tal como se observa a continuación.

Evidencia 1, en la que **Q** manifestó:

> […] Hasta el día de hoy 10 de Enero de 2024 mi mamá no ha vuelto en si. La atención medica en el área de terapia Intensiva ha sido limitada, los médicos han sido groseros al preguntar a algunos miembros de la familia su nivel de estudios para saber si podríamos entender el diagnóstico de mi mamá, al cuestionar que tipo de evaluaciones físicas se han hecho para obtener el diagnóstico que se tiene, el médico de la tarde no ha especificado nada, solamente nos ha mostrado la resonancia magnética sin dar un diagnóstico detallado, al cuestionarlo sobre más detalles, este no ha dado respuesta. […][110]

[108] Art. 51 párrafo primero de la LGS.
[109] Numeral 5.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

[110] Foja 2.

Evidencia 2, en la que **Q** refirió:

> […] Cabe mencionar que hemos pedido el historial clínico de mi mamá y únicamente nos proporcionaron un historial a partir de que ella entró a terapia intensiva, no nos entregaron completo dicho historial […][111]

Evidencia 9.

Acta circunstanciada de comparecencia de **Q** de uno de febrero de 2024:

> Me doy por enterado del resumen (expediente) clínico, no obstante, quiero mencionar que a mí no se me ha entregado personalmente, y que estoy en espera de la información que está pendiente de entregar el ISSEMyM.[112]

Acta circunstanciada de comparecencia de **Q** de veintiuno de marzo de 2024:

> […] el pasado viernes quince de marzo de dos mil veinticuatro, mi papá tuvo una conversación con el neurólogo […] quien le insistió en canalizar a mi mamá al Instituto Nacional de Rehabilitación en la Ciudad de México, insistiendo en que actualmente mi mamá ya no tiene ninguna infección y que podría irse para allá, por lo que mi papá le preguntó que le indicara las condiciones bajo las que se haría ese traslado, así mismo, le explicara si el ISSEMyM la va a seguir protegiendo, y en caso de que no la dejaran internada en el Instituto Nacional de Rehabilitación, regresaría al Centro

[111] Evidencia 2, foja 12 del primer tomo.
[112] Foja 599 del tercer tomo.

Médico Toluca; y si necesita ser trasladada cada cierto tiempo ¿El ISSEMyM lo hará? Preguntas que no pudo responder el Dr. […] neurólogo, por lo que indicó que van a preparar un documento para resolver nuestras dudas con relación a todos esos cuestionamientos que le hizo mi papá al Dr. […]. Quiero reiterar que hemos tenido una constante insistencia por parte de ellos, médicos responsables de la atención médica en el turno matutino, que pasan todos los días a visitar a mi mamá, con relación a que ya deberíamos autorizar su traslado al Instituto Nacional de Rehabilitación en la Ciudad de México, porque realmente en este momento su estado de salud es bueno, por así decirlo, ya que no tiene ninguna infección, y lo que ella necesita es mayor rehabilitación para que tenga un mejor progreso, lo mismo que dijo el neurólogo.

[…]

Actualmente vemos mejor a mi mamá, la atienden y la curan diariamente de una herida que tiene en la espalda baja, ya mañana cumple tres meses de estar internada. Pero como no sabemos cómo se encuentra su cerebro, entonces mi papá solicitó el pasado jueves catorce de marzo de dos mil veinticuatro, de manera verbal al médico encargado del turno, se le hiciera un electroencefalograma para ver cómo se encontraba actualmente el cerebro de mi mamá; dicho estudio ya fue realizado, sin embargo, no se nos ha proporcionado la interpretación o resultado de este estudio.[113]

Acta circunstanciada de comparecencia de **Q** de treinta de abril de 2024:

El motivo de pedirle también que me recibiera a mí y a mi papá […] (**V1**) toda vez que tenemos la inquietud de saber bajo qué condiciones se hará el traslado de mi madre […] (**V**) ya que en el área de trabajo social han

[113] Fojas 652 y 653 del tercer tomo.

> solicitado la credencial del INE y tarjeta de derechohabiente de mi madre, bajo el argumento de estar realizando trámites para su traslado al Hospital Nacional de Rehabilitación de Tlalpan, por lo que quisiéramos saber cómo será ese procedimiento y los alcances de que sea trasladada, que sabemos que es necesaria su rehabilitación y estamos de acuerdo en que se lleve a cabo; pero ¿Cuál es el plan de acción que tiene contemplado el ISSEMyM? En especial el personal médico del […]¨(CM) para hacer el traslado, o los traslados que se requieran y la estancia a su regreso para recibir la atención médica una vez que se lleve a cabo la atención de rehabilitación.[114]

Tal como puede observarse, durante el tiempo que **V** permaneció hospitalizada en el CM, el personal médico del ISSEMyM omitió informar a sus familiares sobre sus condiciones de salud y la evolución de esas condiciones, con lo que faltaron a su deber de proporcionar la debida información a su familia directa, pues como señala Sánchez Gómez:

> El usuario de los servicios sanitarios, no solo demanda del facultativo unos cuidados adecuados y conformes según los medios y estado de la ciencia a fin de conseguir su curación, sino ser informado de manera completa y clara sobre los aspectos relativos a su estado de salud y la actuación que precisa.[115]

En tal sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico dispone en su numeral 5.6 que: “Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria

[114] Foja 715 del cuarto tomo.
[115] Sánchez Gómez, Amelia, “La información al paciente y el consentimiento informado en el derecho español. Referencia legal y jurisprudencial. La praxis médica,”en *Aranzadi Civil-Mercantil* 2, revista doctrinal, 2014, núm 8, Vol. 2, diciembre 2014, pp. 97-117.

potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes […].”

Por tanto, el ISSEMyM vulneró el derecho de los familiares de **V** a ser informados sobre sus condiciones de salud y acerca de los tratamientos y/o atenciones que precisaba.

Omisiones en la integración del expediente clínico

El expediente clínico es un sumario que reúne los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para el personal de la salud que presta el servicio de atención médica en los sectores público, social y privado en México.[116] Se trata de un documento médico legal de índole confidencial que recopila los antecedentes, la información y los tratamientos aplicados a las personas. Resulta importante porque busca garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención médica y brindar protección jurídica tanto al enfermo como al personal de salud.

Como herramienta fundamental que garantiza una atención segura y de calidad, el expediente clínico permite tomar decisiones informadas en cuanto a diagnósticos y tratamientos, asegurar un seguimiento preciso del paciente, además de dar soporte a la práctica profesional del médico.

[116] Cfr. Reyna Lara, Mauricio, “Derechos y obligaciones de los usuarios del servicio de salud” en *Medicina interna de México*, Asociación de Medicina Interna de México, Vol. 34, Núm. 5, Ciudad de México, sep-oct 2018, pp. 780-791.

A pesar de esto último, en la integración de los expedientes clínicos suelen presentarse diversas omisiones de manera persistente, desestimando su importancia como evidencia de buenas prácticas. En el caso que nos ocupa se observa que, en forma reiterada, en el expediente se omitió precisar los datos de las y los médicos que elaboraron las notas, así como en diversas ocasiones, habiéndose asentado los nombres y números de cédulas profesionales de los médicos intervinientes, las notas carecieron de las firmas de dichos profesionistas, además de que el expediente carece de notas médicas de los días diez, once, trece, catorce, quince, diecisiete y dieciocho de diciembre de 2023, tal como puede apreciarse a continuación:[117]

DOCUMENTO	OMISIONES
Nota de evolución de las dos horas con cuarenta y un minutos del cinco de diciembre de dos mil veintitrés	La nota carece de especificación sobre quién la realizó.
Nota de evolución de las trece horas con siete minutos del cinco de diciembre de dos mil veintitrés	La nota carece de firmas del médico residente de urgenciología y del médico responsable de urgenciología.
Nota de ingreso a urgencias observación de las diecisiete horas con cuarenta y siete minutos del siete de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firmas de la médico residente de la especialidad de urgenciología y del médico responsable de la especialidad de Medicina interna.
Nota de evolución, “Urgencias Observación” de las doce horas con cuarenta y siete minutos del ocho de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firmas de la médico residente de la especialidad de urgenciología y del médico responsable de la especialidad de Medicina interna.
Formato de interconsulta	En el expediente no consta formato de interconsulta a [redacted] que diera pauta para su atención en dicho servicio.
Nota de valoración de [redacted] de las dieciocho horas con siete minutos del ocho de	Carece de los datos del

[117] Del expediente clínico formado en el CM relacionado con la atención médica brindada a **V** del cuatro al seis de diciembre, del siete al diecinueve de diciembre, así como a partir del veintidós de diciembre de dos mil veintitrés, con base en las puntualizaciones de la CCAMEM, evidencia 18.

diciembre de dos mil veintitrés	personal que la realizó.
Nota de valoración de urología de las diecinueve horas con trece minutos del ocho de diciembre de dos mil veintitrés	Carece de firma del médico especialista en urología que la hizo.
Nota de procedimiento de [redacted] de las cuatro horas con siete minutos del nueve de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firmas del médico residente de [redacted] y del médico responsable de [redacted].
Notas médicas	El expediente carece de notas médicas de los días diez, once, trece, catorce y quince de diciembre de dos mil veintitrés.
Nota de las cinco horas con cuarenta y nueve minutos del doce de diciembre de dos mil veintitrés	Sólo se encuentra la hoja 2, sin firmas de la médica residente de nefrología y del médico responsable de la especialidad de [redacted].
Carta de consentimiento bajo información del catorce de diciembre de dos mil veintitrés para la realización de biopsia renal a la paciente **V**	Carece de datos en el rubro de médico informante.
Nota de evolución de [redacted] de las diecisiete horas con diecisiete minutos del dieciséis de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firmas de los médicos que la realizaron.
Notas médicas	El expediente clínico carece de notas médicas correspondientes a diecisiete y dieciocho de diciembre de dos mil veintitrés
Hoja de indicaciones hospitalarias de la una con veintiún minutos del diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firma del médico adscrito.
Nota de alta de las diecisiete horas con treinta minutos del diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés	Carece de firmas de la médica residente de [redacted] y del médico responsable de la especialidad de [redacted].
Nota médica	No existe nota médica de valoración de consulta externa de [redacted] o alguna otra del área de hospitalización por parte de personal de esa especialidad, previo a las 15:00 horas del veintidós de diciembre de dos mil veintitrés.
Nota de interconsulta de las veintidós horas con cinco minutos del veintidós de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firmas de la médica residente de [redacted] y del médico responsable de [redacted].
Reporte de “angiotomografía de tórax” de las veintidós horas con cuarenta y nueve minutos del veintidós de diciembre de dos mil veintitrés	Sin identificación de quién lo realizó.
Nota de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos de las cuatro horas con treinta y nueve minutos del veintitrés de diciembre de dos mil veintitrés	Sin firma del médico residente de la especialidad en urgenciología y de la médica responsable de terapia intensiva.

"Nota de egreso de terapia intensiva Nota de evolución" de las trece horas con cuarenta y siete minutos del doce de enero de dos mil veinticuatro	Sin datos de quién la elaboró.

Ante cualquier controversia, el expediente clínico es la prueba documental de mayor relevancia, por ello resulta significativo que se documente la atención brindada al paciente mediante las respectivas notas médicas que son pilares del expediente clínico, asimismo, todas las notas de dicho sumario deben ser firmadas por las y los profesionales de la salud según corresponda (bien sean médicos, enfermeros u otros especialistas), toda vez que con ello se asume la responsabilidad profesional sobre el diagnóstico o tratamiento, se otorga validez al acto médico, garantizándose al mismo tiempo la continuidad de la atención.

En nuestro país, la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico establece que todas las notas en el expediente deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien las elabora, así como su firma.[118]

Con lo previamente expuesto se configura la vulneración del derecho a la debida integración del expediente clínico de **V**, tal como lo señala la conclusión quinta del dictamen técnico médico institucional emitido por la CCAMEM:

> **QUINTA.** Se apreció inobservancia a la "Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico", en sus numerales: 8, 8.3,8.8.15,9.2, 9.2.1,9.2.8,10.1, y 10.1.1.9, en la integración del expediente clínico generado en la atención proporcionada a la […] (**V**), por el personal del Centro Médico "Lic. Arturo Montiel Rojas", perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.[119]

[118] Numeral 5.10.
[119] Fojas 797 y 798 del cuarto tomo.

C. Obligación de garantizar

El Estado mexicano y sus autoridades tienen el deber jurídico de llevar a cabo acciones que aseguren el ejercicio de los derechos de las personas, es decir, legislar, organizar las estructuras gubernamentales e implementar programas públicos para favorecer la vigencia social de los derechos humanos.

A propósito de ello, la SCJN ha manifestado:

> […] para determinar […] la obligación de garantizarlos; y como la finalidad de esta obligación es la realización del derecho fundamental, requiere la eliminación de restricciones al ejercicio de los derechos, así como la provisión de recursos o la facilitación de actividades que tiendan a lograr que todos se encuentren en aptitud de ejercer sus derechos fundamentales. La índole de las acciones dependerá del contexto de cada caso en particular; así, la contextualización del caso particular requiere que el órgano del Estado encargado de garantizar la realización del derecho tenga conocimiento de las necesidades de las personas o grupos involucrados, lo que significa que debe atender a la situación previa de tales grupos o personas y a las demandas de reivindicación de sus derechos. Para ello, el órgano estatal, dentro de su ámbito de facultades, se encuentra obligado a investigar, sancionar y reparar las violaciones a derechos humanos que advierta, de forma que su conducta consistirá en todo lo necesario para lograr la restitución del derecho humano violentado. Por tanto, su cumplimiento puede exigirse de inmediato (mediante la reparación del daño) o ser progresivo. En este último sentido, la solución que se adopte debe atender no sólo al interés en resolver la violación a derechos humanos que enfrente en ese momento, sino también a la finalidad de estructurar un entorno político y social sustentado en derechos

humanos. Esto implica pensar en formas de reparación que, si bien tienen que ver con el caso concreto, deben ser aptas para guiar más allá de éste.[120]

Por su parte, la Corte IDH ha expresado que no basta con que las autoridades eviten vulnerar los derechos, sino que es preciso adoptar medidas positivas, de acuerdo con las necesidades de protección del titular del derecho, en función de su condición personal o por la circunstancia en que se halle.[121]

En términos del artículo 1° de la CPEUM, todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios constitucionales de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su numeral 1.1 establece el compromiso de los Estados Parte de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos y libertades a toda persona sujeta a su jurisdicción. Al respecto, la Corte IDH ha establecido que dicha obligación "implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder

[120] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o. J/24 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2254, Registro digital 2008515.

[121] *Cfr.* Corte IDH. *Caso González y Otras (Campo Algodonero) vs. México.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas) Serie C. No. 205, párr. 243, disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf (consultado el 6 de febrero de 2026).

público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos."[122]

Aún más, La Corte IDH señala que la obligación de garantía no se agota con la existencia de un orden normativo encaminado a hacer posible el cumplimiento de la obligación, "sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos."[123]

En cuanto al derecho a la protección de la salud, el Estado debe facilitar, proporcionar y promover bienes y servicios de salud, entre ellos, por ejemplo, atención médica, medicamentos y vacunas de calidad, que sean accesibles para todas las personas.

En la Observación General número 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud[124] del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas se destacan cuatro elementos esenciales e interrelacionados que deben satisfacerse para garantizar el ejercicio pleno del derecho que nos ocupa:

> *Disponibilidad*. El Estado deberá contar con establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente.

[122] Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo), Serie C No. 4, párr.166, Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf (consultado el 10 de febrero de 2026).
[123] Ibídem, párr. 167.
[124] Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

> *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos, lo que comprende el alcance físico y económico de toda la colectividad y el derecho a solicitar, recibir y difundir cuestiones relacionadas con la salud.
>
> *Aceptabilidad.* Los servicios de salud deberán estar basados en la ética médica, y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de la vida para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
>
> *Calidad.* Desde el punto de vista científico y médico se debe contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobado y en buen estado, así como garantizar condiciones sanitarias adecuadas. Elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la protección de la salud.[125]

Tomando en cuenta lo acontecido el veintidós de diciembre de 2023, a la luz de los elementos antes expuestos puede decirse que, en cuanto a *disponibilidad*, si bien es cierto que el ISSEMyM cuenta con el CM como parte de su infraestructura, el cual cumple con factores determinantes básicos de la salud como condiciones sanitarias adecuadas, también es cierto que dicho nosocomio incumplió con la obligación legal y ética de supervisar, guiar y evaluar a la médico residente **PR** el día de los hechos.

Respecto de la *accesibilidad*, considerando las cuatro dimensiones superpuestas que la integran, debe decirse que por lo que hace a la *no discriminación*, *accesibilidad física* y *accesibilidad económica* de **V** al CM y los servicios que requirió en dicho hospital, fueron prestados debidamente, sin embargo, a partir de lo ocurrido el veintidós de diciembre de 2023 y con posterioridad, a **Q** y a **V1**, hijo y esposo de **V**, respectivamente, les fue negado el acceso a la información sobre sus condiciones de salud por parte de servidoras y servidores públicos del

[125] Delgado Carbajal, Baruch y Bernal Ballesteros, María José, *Op. cit.*, nota 60, pp. 217 y 218.

CM, lo que implica violación a su derecho de solicitar y recibir información acerca de las cuestiones relacionadas con la situación médica de **V**.

Acerca de la *aceptabilidad*, el servicio brindado en el CM a raíz de los sucesos que nos ocupan, tal como se ha expuesto, distó de apegarse a la ética médica y de ser sensible a la situación de los familiares de **V** que requerían ser atendidos e informados con veracidad.

Finalmente, "además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad."[126]En el caso, la atención médica proporcionada a **V** en el CM por parte de **PR** el veintidós de diciembre de 2023 no fue apropiada desde el punto de vista científico y médico ni fue de buena calidad, tal como lo determinó el dictamen de la CCAMEM al establecer que hubo mala práctica médica de su parte.

VIII. ACCIONES TRANSFORMADORAS CONFORME A LOS PARÁMETROS INSTITUCIONALES

Las acciones transformadoras en materia de derechos humanos son medidas, políticas, acciones y/o estrategias, diseñadas para remediar una violación específica de derechos humanos, pero también para transformar las causas estructurales, sistémicas o culturales que generan esas vulneraciones de derechos.

[126] Observación general N° 14 (2000): El derecho ak disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC), E/C.12/2000/4, parte *in fine* del párrafo 12.

Conforme a lo dispuesto en los artículos 5, párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México,[127] en relación con los numerales 1, fracciones IV y V, 12, fracción XLII, 13, fracciones II, III, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México;[128] artículo 101 de la Ley de la Comisión de

[127] 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.

[128] **Artículo 1.** La presente Ley es de orden público e interés social, así como de aplicación y observancia obligatoria en el Estado Libre y Soberano de México, y tiene por objeto:
[…]

IV. Velar por la protección de las víctimas y ofendidos, así como proporcionar ayuda, asistencia y una reparación integral.

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 12. Las víctimas y ofendidos tienen, conforme a la Ley y sin perjuicio de lo dispuesto en otros ordenamientos jurídicos, de manera enunciativa, los derechos siguientes:

[…]

XLII. A que se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, integral y efectiva el daño que han sufrido como consecuencia del delito que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición, a través de la coordinación de las instancias gubernamentales implicadas.

[…]

Artículo 13. Para los efectos de la Ley se entenderá que la reparación integral será otorgada a partir de la resolución o determinación de un órgano local, nacional o internacional por el cual le sea reconocida su condición de víctima, comprendiendo las medidas siguientes:

[…]

II. L rehabilitación busca facilitar a las víctimas u ofendidos, hacer frente a los efectos sufridos por causa del delito o de las violaciones de derechos humanos ocurridas con motivo de un hecho delictuoso.

III. La compensación ha de otorgarse a la víctima u ofendido de forma apropiada y proporcional a la gravedad del delito cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos ocurrida con motivo de un hecho delictuoso y de conformidad a los requisitos establecidos en la presente Ley.

IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, las cuales identifican la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, salvaguardando la protección e integridad de la víctima, ofendido, testigos o personas que hayan intervenido.

V. Las medidas de no repetición buscan que el delito o la violación de derechos sufrida por la víctima u ofendido no vuelva a ocurrir.

[…]

Derechos Humanos del Estado de México;[129] en atención a las circunstancias particulares del asunto, este Organismo pondera aplicables las siguientes acciones, soportadas en estándares que establecen un enfoque en derechos humanos.

Es importante establecer que cada uno de los trámites, acciones y medidas establecidas en la presente Recomendación, así como el seguimiento respectivo, constituyen una responsabilidad de la autoridad recomendada que debe asumir en función de los deberes contenidos en el artículo 1°, párrafo tercero, de la CPEUM.[130]

Debe puntualizarse que la Corte IDH ha establecido que la obligación de garantizar impone a las autoridades prevenir, investigar y sancionar toda violación a los derechos humanos, el pronto restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la transgresión de los derechos humanos.[131]

---

[129] **Artículo 101.-** En las Recomendaciones debe señalarse las medidas que procedan para la efectiva conservación y restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

[130] **Artículo 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

[...]

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.

[...]

[131] Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras,* Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo) Serie C No. 4, párr.166, disponible en:www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf.

A. REPARACIÓN A LAS VÍCTIMAS INDIRECTAS DE VULNERACIONES A DERECHOS HUMANOS

a. Medidas de rehabilitación y compensación

La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos.[132] Con la rehabilitación se pretende reparar lo relativo a las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica.[133]

1.Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas y pago de compensación

La presente Recomendación otorga la calidad de víctimas indirectas a **Q**, **V1** y **V2**. Por lo tanto, el ISSEMyM, previo consentimiento de las víctimas, deberá solicitar a la CEAVEM su inscripción en el Registro Estatal de Víctimas para que puedan acceder a los servicios que ofrece esa institución y que resulten aplicables a cada caso en particular, además de que la CEAVEM realizará los estudios pertinentes para establecer el monto que, por los daños sufridos por las víctimas, como consecuencia de la violación a derechos humanos cometida, deba cubrir la propia CEAVEM por concepto de los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables.[134]

[132] Artículo 27 fracción II de la LGV.
[133] Cfr. Calderón Gamboa, Jorge F. *La evolución de la "reparación integral" en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, CNDH, primera reimpresión, 2015, p. 55.
[134]Con fundamento en lo establecido por los artículos 27 fracción III, 79 párrafos segundo y quinto, además de 144 párrafo primero y 145 de la LGV, así como 51 y 55 fracción III de la Ley de Víctimas del Estado de México.

Una vez inscritas las víctimas, el ISSEMyM corroborará que les sea ofrecida y brindada la atención psicológica, tanatológica y/o médica, con la responsabilidad de realizar las acciones y gestiones necesarias para tales efectos. La autoridad responsable remitirá a este Organismo la documentación que acredite el ofrecimiento, la aceptación o negativa a recibir la atención que corresponda, así como la evidencia de su otorgamiento. De igual manera, documentará las acciones y gestiones que realice para el pago de la compensación pecuniaria a cargo de CEAVEM.

b. Medidas de no repetición

El Estado tiene la obligación de prevenir la reiteración de violaciones a derechos humanos y de adoptar las medidas que sean necesarias para evitar su repetición, de manera que en el presente asunto se contemplan prevenciones de capacitación y regulatorias.

1. Capacitación y mejora administrativa

La formación continua y las acciones de mejora hacen posible al personal de la salud realizar en forma óptima sus tareas cotidianas a fin de ofrecer a las personas usuarias un servicio público acorde con el respeto de los derechos humanos.

En este caso los estándares a concretar se fundamentan en:

1.1. Capacitación continua sobre la obligatoriedad de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, así como el cumplimiento del consentimiento válidamente informado, incluidos internos de pregrado, prestadores de servicio social y residentes

Considerando los hechos materia de la presente resolución, se considera oportuna la implementación de un programa de capacitación relativo a la correcta integración y el manejo del expediente clínico. Además, se estima que el personal médico es el idóneo para hacer del conocimiento a las personas pacientes el derecho a otorgar su consentimiento o negativa, respecto de los tratamientos o procedimientos que su condición requiera, motivo por el cual, dicho personal de la salud debe estar capacitado para realizar dicha labor. Para ello deben ser implementadas debidamente las cartas de consentimiento o negativa.

La autoridad responsable documentará y remitirá a este Organismo las evidencias pertinentes que corroboren la realización de dicha capacitación y los mecanismos que lo posibiliten, contemplándose la siguiente información:

El nombre de los cursos; la duración; la temática; la cantidad de personas servidoras públicas a capacitar; el registro de asistencia y la evaluación que acredite que el personal cuenta con los conocimientos básicos en la operación de la normativa o instrumento aplicable a cada caso.

En ese sentido, este Organismo solicita que el presente documento, en versión resumida, sea distribuido al personal del CM que será capacitado, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

1.2. Estrategia de mejora que asegure el llenado del expediente clínico

Ante las omisiones documentadas respecto del llenado correcto del expediente clínico, esta Comisión considera que la autoridad responsable debe instaurar una estrategia de mejora continua que asegure la observancia de esta obligación por parte del personal que intervenga en este proceso, con base en lo estipulado por la normatividad aplicable establecida en el cuerpo de la resolución, para lo cual se deben diseñar formatos inteligentes, con el fin de efectuar una correcta anotación de sucesos importantes, así como privilegiar medios tecnológicos, de conformidad con la NOM-024-SSA3-2012, con la finalidad de tener certeza sobre todas las anotaciones y las referencias hechas a la persona paciente, así como de la autoría e identificación del médico que las realiza.

A modo de refuerzo, la autoridad responsable deberá distribuir la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, entre el personal que se encuentre sujeto a dicha normativa y que, por sus funciones, requieran tener pleno conocimiento de esta información, por lo que la autoridad responsable deberá comprobar dicha distribución a través del medio que considere más oportuno, sea impreso o electrónico.

1.3. Estrategia de mejora de las cartas de consentimiento informado

Por lo razonado en este documento, la Comisión considera viable la materialización e implementación de formatos mejor estructurados, mismos que deberán contener al menos los parámetros considerados en el presente

documento, relativos a la implementación de un formato universal que pueda ser llenado conforme a la necesidad específica, o bien la creación de un catálogo de formatos en el que se complementen de manera específica todos los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera. Incluyendo comprobar si la persona paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Además, la autoridad responsable deberá exhortar al personal médico y de auxilio médico a obtener el consentimiento válidamente informado de las personas pacientes de manera escrita y firmada por todas las personas intervinientes, y que dicha documentación se encuentre debidamente integrada en el expediente clínico, la cual deberá ser solicitada a través del medio oficial que se considere más pertinente, como puede ser a través de una circular, oficio o memorándum.

1.4. Creación e implementación de un protocolo que garantice la debida supervisión del personal en proceso de formación

En vista de lo ocurrido, se deberá establecer un protocolo que garantice la supervisión permanente del personal en formación durante su capacitación clínico quirúrgica y/o de campo en el CM.

c. **Medida de satisfacción**

Pretenden resarcir el daño a través de la reconstrucción de la verdad y la dignificación de las víctimas.

1. Resulta necesario que la autoridad responsable dé vista al Órgano Interno de Control del ISSEMyM, remitiéndole copia certificada de la presente Recomendación y de las constancias que estime pertinentes, a efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones, investigue los hechos materia de esta resolución y determine si **SPR1**, **SPR2** y/o algún otro servidor público incurrieron en responsabilidad administrativa por acción u omisión, particularmente en relación con la falta de supervisión del personal médico residente, la inobservancia de los protocolos aplicables, las deficiencias en la integración del expediente clínico y las demás irregularidades documentadas en el presente asunto.

2. Incorporación de la Recomendación a la carpeta de investigación iniciada por los hechos

Toda vez que los hechos materia de esta Recomendación transgredieron los derechos de las víctimas, se estima necesario solicitar a la FGJEM agregar copias certificadas de esta resolución a la carpeta de investigación con NUC: [redacted].

Con base en lo expuesto y fundado, esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, formula las siguientes:

IX. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Respecto del rubro **A** relativo a la **Reparación a las víctimas indirectas de vulneraciones a derechos humanos**, que integra el apartado VIII, en específico sobre las medidas de rehabilitación y compensación:

a) Correspondiente al numeral **1.**, relativo a la **inscripción de las víctimas en el Registro Estatal de Víctimas**, esta Comisión requiere la documentación correspondiente a las gestiones realizadas ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México a fin de inscribir a **Q**, **V1** y **V2** en dicho registro. La inscripción podrá ser puesta a consideración de **Q**, **V1** y **V2** a fin de obtener su consentimiento para realizar el trámite, y en caso de que alguna persona opte por no aceptar la medida, la autoridad deberá documentar dicha circunstancia como medio de prueba del cumplimiento de la presente.

En cuanto al **pago de la compensación pecuniaria**, la CEAVEM realizará los estudios pertinentes para establecer el monto que, por los daños sufridos por las víctimas, como consecuencia de la violación a derechos humanos cometida, deba cubrir la propia CEAVEM por concepto de los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables. La autoridad responsable documentará las acciones y gestiones que lleve a cabo para el pago de la compensación pecuniaria a las víctimas indirectas.

Respecto del ofrecimiento y otorgamiento de atención médica y/o psicológica que se establece en la acción transformadora, la autoridad recomendada es la responsable de obtener las documentales que comprueben el ofrecimiento, aceptación o negativa, así como el otorgamiento, en su caso, de la atención que requieran las víctimas.

La autoridad recomendada debe realizar, impulsar y coordinar todas las acciones, trámites y gestiones que resulten necesarias para garantizar el

cabal cumplimiento del presente punto recomendatorio, debiendo adoptar las medidas administrativas y de coordinación interinstitucional que sean procedentes, hasta lograr su plena materialización, acreditándolo de manera fehaciente a satisfacción de este Organismo.

SEGUNDA. Como **medidas de no repetición,** especificadas en el apartado **b** de esta resolución, la autoridad de salud deberá:

a) En cuanto al rubro **1.1.**, referente a la **capacitación continua sobre la obligatoriedad de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, así como de la NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica,** además del **cumplimiento del consentimiento válidamente informado, incluidos internos de pregrado, prestadores de servicio social y residentes**, la autoridad responsable deberá atender las especificaciones del rubro establecidas dentro del apartado VIII y remitirá los documentos probatorios pertinentes.

Complementariamente, deberá distribuirse esta Recomendación en versión resumida entre el personal del Centro Médico [redacted] que será capacitado, debiéndose enviar las constancias que acrediten su cumplimiento.

b) Por lo que hace al punto **1.2.** relativo a la **estrategia de mejora que asegure el llenado del expediente clínico**, la autoridad responsable deberá ajustarse a lo precisado en el rubro de referencia.

c) Sobre el apartado **1.3.**, **estrategia de mejora de las cartas de consentimiento informado**, esta Comisión considera como documento

probatorio del cumplimiento de la medida, aquél que se genere a partir de lo razonado dentro de esta resolución, el cual deberá contemplar mínimamente los criterios establecidos dentro del apartado. De manera opcional, en caso de que la autoridad cuente con algún documento actualizado que cumpla o supere los parámetros especificados, se podrá presentar ese formato a fin de que este Organismo lo analice y resuelva si dicho documento cumple con los requisitos considerados en esta Recomendación.

d) Tocante a la **creación e implementación de un protocolo que garantice la debida supervisión del personal en proceso de formación**, numeral **1.4.**, se solicita instruya a quien corresponda para que se elabore e implemente un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos y médicas autorizados para ello, del personal en formación (internos de pregrado, de servicio social o residentes) durante su capacitación clínica, quirúrgica y/o de campo en el Centro Médico [redacted], que contemple, cuando menos:

- Asignación expresa de médicos responsables por turno;
- Autorización previa para procedimientos invasivos;
- Bitácora o registro de supervisión;
- Delimitación de procedimientos permitidos según grado académico;
- Prohibición de practicar procedimientos invasivos en áreas no autorizadas;
- Verificación del consentimiento informado; y
- Evidencia documental de la supervisión.

El recomendatorio se considerará cumplido cuando la autoridad recomendada acredite a satisfacción de este Organismo los diversos aspectos de acuerdo con sus especificaciones.

TERCERA. Por cuanto hace al apartado **c.** de las **medidas de satisfacción**, y con el fin de que este Organismo considere cumplido lo detallado en dicha sección, la autoridad recomendada deberá dar vista a su Órgano Interno de Control, remitiéndole copia certificada de la presente Recomendación y de las constancias que estime pertinentes, para determinar la posible responsabilidad de **SPR1**, **SPR2** y/o algún otro servidor público, por omisión de su deber de supervisión y dirección, así como de cualquier otra persona servidora pública que resulte involucrada, además de solicitar a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México, se anexe copia certificada de esta resolución a la carpeta de investigación con NUC: [redacted] para que sus elementos sean considerados en dicha indagatoria.

Asimismo, una vez aceptada la presente resolución, por parte del Director General del ISSEMyM, con fundamento en el artículo 16 Bis del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, esta Comisión estará en aptitud de comprobar el correcto cumplimiento de la Recomendación, con el propósito de evidenciar que las acciones transformadoras planteadas en ella han logrado su objetivo y son realizadas de manera integral por la autoridad recomendada.

Para efecto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 105 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[135] me permito solicitar

[135] **Artículo 105.-** Una vez recibida la Recomendación la autoridad o el servidor público responsable, deberá informar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha Recomendación y en quince días hábiles adicionales entregar, en su caso, las pruebas que demuestren su cumplimiento. La rendición del informe sobre la aceptación o no de la Recomendación, **no podrá ser delegada**. Última reforma publicada en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" del Estado Libre y Soberano de México el 15 de junio de 2016, entrando en vigor el 27 de julio de 2016.

respetuosamente que su respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, **que no es delegable**, se informe a este Organismo **dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación**.

La **publicidad** de esta resolución, en términos de Ley, **constituye una medida de satisfacción** a favor de las víctimas**,** la cual se publicará en **versión pública** en la página institucional de esta Comisión, conforme al artículo 100 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Asimismo, las pruebas correspondientes a la acreditación del cumplimiento del presente documento deberán hacerse llegar dentro de los **quince días hábiles siguientes a la fecha en la que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación**.

Es pertinente expresar a usted que en términos de lo dispuesto por el numeral 109 de la citada Ley, **cuando una Recomendación no sea aceptada o cumplida, por las autoridades o personas servidoras públicas, éstos deben fundar, motivar y hacer pública su negativa**; además, la Legislatura del estado a petición de la Comisión, podrá solicitar su comparecencia a efecto de que justifique su negativa u omisión.

En términos del artículo 107 de la Ley de esta Defensoría de Habitantes, una vez aceptada la Recomendación, las autoridades o servidores públicos están obligados a cumplirla en sus términos y a dar publicidad a las acciones llevadas a cabo.

Finalmente, no omito comentarle que este Organismo Público Autónomo tiene la obligación de incluir en los informes que presenta a los tres Poderes del Estado de México, las Recomendaciones que se hubiesen formulado y que además deberán ser difundidas para conocimiento de la sociedad.

ATENTAMENTE

M. EN E. J. VÍCTOR LEOPOLDO DELGADO PÉREZ

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

DEL ESTADO DE MÉXICO

LMIC/MASL

Esta hoja corresponde a la parte final de la **Recomendación 10/2026**, emitida el 01 de octubre de 2026 por el Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. **Conste.**

Gaceta de Derechos Humanos, órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editada por la Unidad Jurídica y Consultiva, Año 2026, número 76, 26 de octubre de 2026.

Víctor Leopoldo Delgado Pérez
Presidente

Juan Antonio Laredo Sánchez
Director General de la Unidad Jurídica y Consultiva

Carmen Angélica Casado García
Subdirectora de Interlocución Gubernamental y Legislativa

Raúl Zepeda Sánchez
Subdirector de Asuntos Jurídicos

© D.R. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Dr. Nicolás San Juan número 113, colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca México, C. P. 50010, teléfono (01722) 2 36 05 60. Disponible en: www.codhem.org.mx

Reserva de derechos al uso exclusivo núm. 04-2009-052611285100-109. Número de Registro del Logotipo: 03-2009-050711425000-01.

La información que se publica es íntegra de acuerdo a como es emitida por las áreas solicitantes. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización de la Comisión de Derechos Humanosdel Estado de México.