



RECOMENDACIÓN No. 19/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 15 Y EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 270, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN REYNOSA, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/2025/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona No. 15 y en el Hospital General Regional No. 270, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Reynosa, Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a

la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
V	Víctima
QVI	Quejoso Víctima Indirecta
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
QM	Queja Médica
PRA	Procedimiento de Responsabilidad Administrativa

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

INSTITUCIONES	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/Organismo Constitucional/CNDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona número 15 del IMSS	HGZ-15
Hospital General Regional número 270 del IMSS	HGR-270

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, <i>“Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”</i> ,	NOM-De las Transfusiones Sanguíneas
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS

5. Mediante acta Circunstanciada de fecha 01 de marzo de 2019, personal de esta Comisión Nacional, hizo constar que QVI compareció en las instalaciones de este Organismo Nacional en Reynosa, Tamaulipas, donde manifestó que el 31 de octubre de 2018, su hermano V ingresó al área de urgencias del HGZ-15 toda vez que fue atropellado por un vehículo y presentaba *“un pulmón perforado”*, fracturas en costilla y en pierna izquierda, por lo que fue canalizado al servicio de terapia intensiva, donde permaneció por tres semanas y después se le trasladó a piso.

6. Una semana después, AR2 informó que la pierna de V había sido *“contaminada”* con una bacteria y que debía ser amputada de manera urgente, programando dicho procedimiento quirúrgico para el 09 de diciembre de 2018; sin embargo, fue suspendido dado que, con anterioridad, se le habían proporcionado 14 unidades sanguíneas y únicamente se repusieron 8 de ellas, por lo que sus familiares acudieron en múltiples ocasiones al banco de sangre del HGR-270, donde la encargada de ese departamento rechazó a la mayoría de donadores que llevaron y les indicó que no les proporcionaría más unidades hasta en tanto no restituyeran las faltantes.

7. QVI agregó que la salud de V se fue deteriorando paulatinamente debido a que no se efectuó el citado procedimiento quirúrgico, lo cual le originó un padecimiento respiratorio que no fue atendido adecuadamente, y finalmente falleció el 22 de enero de 2019.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/5/2019/2025/Q, y para documentar las violaciones a los derechos

humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Acta Circunstanciada de fecha 01 de marzo de 2019, realizada por personal de esta Comisión Nacional, a través del cual QVI comunicó las irregularidades en la atención médica que se le brindó a su hermano V atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGZ-15 y al HGR-270.

10. Oficio 095217614C21/0866 recibido el 15 de abril de 2019, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, copia de las constancias siguientes:

10.1. Informe en el que se describe la atención que se le brindó a V por parte de los servicios médicos del HGZ-15, sin que se especifique la fecha, el nombre y/o cargo de la persona servidora pública que lo elaboró.

10.2. Oficio número 290502200200/0047/2019 de 19 de marzo de 2019, suscrito por el AR4, quien precisó, entre otras cosas, que ninguno de los donadores de sangre que llevaron los familiares de V fue rechazado, y proporcionó copia de las siguientes constancias:

10.2.1. Documento denominado “*Listado de Donantes/Pre-Donantes por paciente*”, en el que se precisa que, del 14 de noviembre de 2018 al 14 de enero de 2019, a V se le realizaron 7 donaciones de unidades sanguíneas en el banco de sangre del HGR-270.

10.2.2. Formato expedido por el banco de sangre del HGR-270, el cual es entregado a los derechohabientes que solicitan información sobre los requisitos para donar sangre, en el que se especifica que los procedimientos quirúrgicos se suspenderán en caso de que no se presenten los comprobantes de donación sanguínea.

11. Oficio 095217614C21/1280 recibido el 10 de junio de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia del expediente clínico integrado a nombre de V en el HGZ-15 del que destacan las constancias siguientes:

11.1. “*TRIAGE*”¹ y Nota inicial del servicio de Urgencias, de 31 de octubre de 2018, suscrita por SP1, quien asentó el estado en que encontró a V, diagnosticándolo como politraumatizado, hemoneumotorax izquierdo, con fractura de tibia y peroné izquierdos expuesta y “*choque hipovolémico grado III*”.²

11.1.1. Nota de procedimiento, de 31 de octubre de 2018, en la que SP1 indicó que se le coloca a V una “*sonda intrapleural funcional*”.³

11.1.2. Solicitud de registro de intervención quirúrgica de 31 de octubre de 2018, suscrita por SP9 y con nombre de médico diverso ilegible, en la cual se señaló que se le realizó a V lavado mecánico, “*debridación*”⁴ y “*arteriorrafia*”⁵ tibial anterior, así como plastia y colocación de fijador externo, con pronóstico reservado a evolución para la preservación y funcionalidad del miembro pélvico izquierdo.

11.1.3. Nota posquirúrgica de 31 de octubre de 2018, en la que no se asentó el nombre del médico, quien precisó el diagnóstico postquirúrgico en que encontró a V.

11.1.4. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 01 de noviembre de 2018, suscrita por SP2, quien tras valorar a V señaló que aún no había reporte escrito de “*TAC*” (Tomografía Axial Computarizada).

11.1.5. Nota médica de Traumatología y Ortopedia, de 1 de noviembre de 2018, suscrita por AR2, quien asentó que durante la valoración encontró a V grave.

11.1.6. Reporte de estudio “*TAC*” tórax, abdomen y cráneo que se le realizó a V, suscrito por SP4 el 2 de noviembre de 2018.

11.1.7. Nota médica de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 2 de noviembre de 2018, suscrita por SP5, quien describió que V presentaba

¹ Clasificación y asignación de prioridad de atención, cuyo objetivo principal es el de ordenar a los pacientes en función de su gravedad, determinando la inmediatez de su atención en caso contrario, el tiempo aproximado de espera para su atención médica.

² Reducción del volumen intravascular secundario a hemorragia.

³ Tubo flexible y hueco puesto dentro del tórax que actúa como drenaje.

⁴ Técnica que consiste en la eliminación del tejido necrótico de una herida o úlcera por medios quirúrgicos o médicos.

⁵ Sutura de una arteria.

una evolución tórpida, solicitando transfusión paquete globular y plaquetas para su atención.

11.1.8. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 7 de noviembre de 2018, sin que se indique el nombre del médico que la elaboró, en la que se señaló que V se encontraba sin sedación con apertura ocular espontánea y mirada indiferente al medio externo.

11.1.9. Nota médica de Traumatología y Ortopedia de 7 de noviembre de 2018, suscrita por AR2, quien solicitó que se le realizara a V una curación bajo anestesia en el quirófano.

11.1.10. Nota posquirúrgica del servicio de Traumatología y Ortopedia de 7 de noviembre de 2018, sin referir la hora, suscrita por AR2, en la que se señaló: “(...) *Cirugía realizada: Lavado mecánico(...)*”.

11.1.11. Nota de la Unidad de Cuidados Intensivos de 8 de noviembre de 2018, suscrita por SP5, quien indicó que la evolución de V iba con tendencia a la mejoría.

11.1.12. Nota del servicio de Traumatología y Ortopedia de 9 de noviembre de 2018, en la cual SP3 asentó que V se encuentra con apoyo ventilatorio, con área pélvica izquierda con fijador externo tipo delta.

11.1.13. Nota del servicio de Cirugía General de 9 de noviembre de 2018, sin que se indique el nombre del médico que la elaboró, en la que se asentó que V presentaba “*neumotórax*”⁶ resuelto, por lo que se le dio de alta de esa especialidad.

11.1.14. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia, de 12 de noviembre de 2018, suscrita por SP3, quien asentó que V presentaba “*escara*”⁷ en la región anteromedial, supramaleolar y otra en la región posteromedial.

11.1.15. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 12 de noviembre de 2018, suscrita por SP2, en la que asentó que V se

⁶ Colapso pulmonar.

⁷ Áreas de piel y tejidos dañados provocadas por una presión continua (por lo general, de una cama o silla de ruedas) que reduce la circulación de la sangre hacia las áreas vulnerables del cuerpo.

encontraba consciente y cooperador; de igual manera, sugirió se le realizara una curación bajo anestesia en el quirófano.

11.1.16. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos, de 12 de noviembre de 2018, en la que SP5, asentó que el plan a seguir era realizar la extubación de V, y que el servicio de Traumatología y Ortopedia continuara con el tratamiento intensivo de la herida de la pierna para evitar sepsis.

11.1.17. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 14 de noviembre de 2018, suscrita por SP6, quien refirió que encontró a V con *“delirio hiperactivo.”*⁸

11.1.18. Nota de evolución del servicio de Cuidados Intensivos de 15 de noviembre de 2018, en la que SP2 sugirió que se le realizaran a V lavados mecánicos en el quirófano debido a que en dicha unidad existen diversos microorganismos que pudieran evitar infecciones nosocomiales por la manipulación en área no estéril. (verificar fecha)

11.1.19. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 17 de noviembre de 2018, suscrita por SP3, en la que hizo constar que V no presentaba datos de infección ni secreción en herida.

11.1.20. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 20 de noviembre de 2018, suscrita por SP3, quien notó en la herida quirúrgica de V la presencia de *“Pseudomonas”*.⁹

11.1.21. Nota posquirúrgica del servicio de Traumatología y Ortopedia de 23 de noviembre de 2018, sin referir hora, suscrita por SP3, quien señaló que se efectuó a V escarotomía, lavado mecánico y colocación de *“VAC”*.¹⁰

11.1.22. Notas de evolución de 24 y 30 de noviembre, así como de 1 de diciembre de 2019, suscritas por SP7, quien no precisó el servicio al cual se

⁸ Caracterizado por síntomas de somnolencia e inactividad.

⁹ Especie de bacterias Gram-negativas, aeróbicas, con motilidad unipolar.

¹⁰ Terapia que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando la generación de nuevos vasos y tejidos de granulación, además de disminuir la colonización bacteriana.

encuentra adscrito, en las que se asentó que el “VAC” presentaba drenaje de material de características *“serohemáticas.”*¹¹

11.1.23. Nota posquirúrgica del servicio de Traumatología y Ortopedia de 7 de diciembre de 2018, sin referir hora, suscrita por AR2, en la que se asentó que se le efectuó a V un lavado mecánico, advirtiendo que presentaba necrosis cutánea con pronóstico *“malo para función, bueno para la vida”*.

11.1.24. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 10 de diciembre de 2018, en la que AR2 indicó que platicó con V y con tres de sus hermanos (sin precisar los nombres) sobre la necesidad de amputarle la extremidad inferior izquierda; sin embargo, solicitaron tiempo para tomar la decisión.

11.1.25. Nota de valoración del servicio de psiquiatría de 11 de diciembre de 2018, suscrita por SP8, en la que señaló que V se encontraba en un estado confusional agudo y que su familiar (sin precisar el nombre) no había consentido la amputación del miembro inferior izquierdo.

11.1.26. Nota de evolución del Servicio de Traumatología y Ortopedia de 13 de diciembre de 2018, suscrita por AR2, quien asentó que V presentaba infección en pierna izquierda por *“pseudomona aeuroginosa multirresistente.”*¹²

11.1.27. Nota posquirúrgica del Servicio de Traumatología y Ortopedia de 14 de diciembre de 2018, sin precisar hora, suscrita por AR2, en la que indicó que el estado de V era delicado con pronóstico reservado a evolución.

11.1.28. Órdenes médicas para pacientes hospitalizados, que contienen anotaciones de fechas 17, 18, 19, 20, 22, 24 y 25 de diciembre de 2018, en las que se asentó que el 17 de diciembre de 2018, AR2 indicó que V aceptó el procedimiento quirúrgico de amputación, ordenando iniciar el protocolo correspondiente, no obstante, en los días 19 y 20 de diciembre de 2018, apuntó que se encontraba pendiente la firma del consentimiento para programación.

¹¹ Acumulación excesiva de suero (líquido seroso) en el tejido subcutáneo.

¹² *Pseudomona aeruginosa*: uno de los principales microorganismos causante de infecciones nosocomiales.

11.1.29. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 26 de diciembre de 2018, suscrita por AR2, quien hizo constar que existía un retraso en la programación de la cirugía de V en virtud de que no se había completado el protocolo quirúrgico.

11.1.30. Nota de valoración del servicio de Medicina Interna de 28 de diciembre de 2018, en la que no se asentó el nombre del médico que la elaboró, indicando que se programó a V para cirugía, precisando que existía un riesgo quirúrgico “*Goldman III y IV*”¹³.

11.1.31. Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 31 de diciembre de 2018, así como de 3, 4, 6 y 7 de enero de 2019, suscritas por AR2 y SP3, en las que se indicó que se encontraba pendiente programar la cirugía de V en virtud de que no contaba con donadores de sangre.

11.1.32. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 8 de enero de 2019, suscrita por AR2, en la que mencionó que solicitó transfundir dos paquetes globulares y valoración por Medicina Interna por deterioro del estado general de V.

11.1.33. Notas de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 9, 10 y 15 de enero de 2019, suscritas por AR2, en las que se precisó que estaba pendiente de transfundirle a V los dos paquetes globulares solicitados, así como valoración por la especialidad de Medicina Interna.

11.1.34. Nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 16 de enero de 2019, suscrita por AR2, en la que asentó que AR3 se negó a proporcionar los paquetes globulares que se requerían para programar la cirugía de V debido a que no contaba con donadores, por lo que solicitó valoración por la especialidad de Medicina Interna.

11.1.35. Nota de valoración de la Unidad de Cuidados Intensivos de 21 de enero de 2019, suscrito por SP5, quien hizo constar que V cayó en paro cardiorrespiratorio, por lo que se implementaron maniobras de reanimación básica y avanzada sin respuesta a las mismas.

¹³ Herramienta para evaluar a los pacientes según el riesgo cardiovascular y predecir complicaciones en intervenciones no cardíacas.

12. Oficio 095217614C21/1758 recibido el 12 de julio de 2019, a través del cual el IMSS remitió el oficio número 000472 de 8 de ese mes y año, suscrito por AR1, quien comentó las razones por las que no amputó la extremidad inferior de V.

13. Oficio 095217614C21/2733 recibido el 8 de octubre de 2019, por medio del cual se informó que el 27 de agosto del mismo año, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, declaró como procedente el expediente de queja médica (QM) desde el punto de vista médico.

14. Dictamen Médico de 31 de enero de 2020 emitido por un especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, respecto a la atención brindada a V por parte del HGZ-15 y HGR-270.

15. Acta circunstanciada de fecha 21 de agosto de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que en esa misma fecha se recibió comunicación electrónica de un funcionario del Órgano Interno de Control en el IMSS, por medio de la cual remitió el oficio 00641/30.102/1300Q/2020, en el que el titular de dicha instancia informó que el 13 de enero de ese año, se registró el PRA en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECA) con motivo de los hechos materia de la queja.

16. Acta Circunstanciada de fecha 8 de junio de 2021, realizada por personal de esta Comisión Nacional, por medio de la cual se le orientó QVI para acudir a la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS y solicitar el pago de una indemnización con motivo del fallecimiento de V.

17. Oficio 00641/30.102/1725Q/2020 de 2 de julio de 2021, por medio del cual el titular del Órgano Interno de Control en el IMSS informó que el PRA continuaba en etapa de investigación.

18. Acta Circunstanciada de 20 de agosto de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la conversación telefónica sostenida con QVI, quien refirió que hasta el momento la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS no ha resuelto su solicitud de indemnización con motivo del fallecimiento de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 27 de agosto de 2019, la Comisión Bipartita de de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió como procedente la QM, relacionada con el caso de V.

20. El 13 de enero de 2020, el Órgano Interno de Control en el IMSS radicó el PRA con motivo del caso de V, el cual actualmente se encuentra en trámite.

21. A través de escrito de 8 de junio de 2021, QVI solicitó a la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS el pago de una indemnización con motivo del fallecimiento de V, petición que a la fecha de elaboración de la presente Recomendación no ha sido atendida.

22. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten la denuncia y por ende, el inicio de una carpeta de investigación sobre el caso.

IV. OBSERVACIONES

23. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/2025/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la protección de la salud

24. El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹⁴

¹⁴ “Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984, en el Diario Oficial de la Federación.

25. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹⁵

26. El numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*¹⁶

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

28. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, la CNDH ha señalado que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*.¹⁷

29. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, por parte de los servicios médicos del HGZ-15 y del banco de sangre del HGR-270.

¹⁵ CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 27/2021, párr. 25; 14/2021, párr. 39; 13/2021, párr. 39; 10/2021, párr. 28; 47/2019, párr. 34; entre otras.

¹⁶ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

¹⁷ CNDH. Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la Salud”*, párr. 24.

- **Atención médica brindada a V**

30. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que V ingresó al servicio de Urgencias del HGZ-15 a las 07:30 horas del 31 de octubre de 2018, toda vez que fue atropellado por un vehículo automotor, por lo que se realizó valoración clínica preliminar TRIAGE, la cual estableció que se trataba de una prioridad, clasificándolo como roja, esto es, una situación de emergencia que ponía en peligro su vida o la posibilidad de perder una función orgánica de forma aguda.

31. De acuerdo con la nota inicial de urgencias y con la *“nota de procedimiento”*, ambas del 31 de octubre de 2018 y suscritas por SP1, V presentaba *“hipotensión arterial”*¹⁸ de 80/50 milímetros de mercurio, *“taquicardia”*¹⁹ de 120 latidos por minuto y una valoración neurológica con una puntuación de 13 con base en la *“escala de coma de Glasgow”*²⁰; así como una herida por instrumento cortante de dos centímetros de longitud en región *“parieto-occipital izquierda”*²¹; *“hipoventilación”*²² en el campo pulmonar izquierdo y fractura expuesta de tibia y peroné en extremidad inferior izquierda, con evidencia de lesión tendinosa, muscular y neurovascular con sangrado activo.

32. Por tanto, SP1 ordenó realizar estudios radiográficos, de cuyos resultados se obtuvo que V se encontró politraumatizado con *“hemoneumotórax”*²³ izquierdo; fractura expuesta de tibia y peroné izquierdos y choque hipovolémico grado III, por lo que se le colocó una sonda endopleural.

33. Ese mismo día, V fue valorado por un médico no identificado del servicio de Traumatología y Ortopedia, ordenando su ingreso urgente a la sala de quirófano para efectuar un lavado mecánico. En la hoja del *“registro de intervención quirúrgica”* y en la *“nota post-quirúrgica”*, en la que no se asentó el nombre del especialista que la elaboró, se describió que se realizó debridación, arteriorrafia por lesión de arteria tibial, así como la colocación de fijador externo para estabilizar fractura y de un catéter venoso central; de igual manera, se asentó que

¹⁸ Caída repentina de la presión arterial.

¹⁹ Término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto.

²⁰ Permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 puntos, mientras que el más alto es de 15 puntos.

²¹ En el cráneo.

²² Respiración demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo.

²³ Presencia de sangre en la cavidad pleural.

presentaba pérdida ósea de tibia, “*fractura expuesta grado III*”²⁴ y lesión neurovascular; agregando que debido a la condición grave posterior a la intervención quirúrgica, se decidió su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

34. El 1 de noviembre de 2018, V fue valorado en la Unidad de Cuidados Intensivos por SP2, quien lo reportó en su nota de evolución bajo los efectos de sedación y apoyo mecánico ventilatorio; asimismo, mencionó que la sonda intrapleural se encontraba funcional. Más tarde, ese mismo día AR2 asentó en su nota médica del servicio de Traumatología y Ortopedia que inició con doble esquema de antibiótico para la atención de V.

35. El 2 de noviembre de 2018, SP4 rindió el reporte de la tomografía axial computarizada que se le practicó a V, en el que se indicó “(...) *hemorragia intraventricular bilateral [en cráneo](...)*”, así como múltiples fracturas en tórax “(...) *2º a la 7º costilla izquierda, arcos posteriores(...)*”; de igual manera, mediante estudios de laboratorio se estableció un daño renal agudo consecutivo a “*rabdomiólisis*”²⁵, así como descontrol hidroelectrolítico con aumento en las cifras séricas de sodio.

36. En la nota de evolución de 7 de noviembre de 2018, elaborada por un especialista adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, quien no asentó su nombre y/o cargo, se señaló que habían transcurrido 6 días de que se le retiró a V la sedación (el día 1 de ese mes y año), agregando que observó un pequeño avance en la función neurológica al presentar apertura ocular espontánea, pero aún sin obedecer las órdenes sencillas ni detectarse movimiento de sus extremidades; de igual manera, persistía estabilidad hemodinámica.

37. Ese mismo día, AR2 le realizó a V un segundo lavado mecánico en el quirófano, reportando en su nota médica que se advirtió material purulento en las heridas de la extremidad inferior.

38. El 8 de noviembre de 2018, SP5 describió en su nota de la Unidad de Cuidados Intensivos que V se encontraba más reactivo en su estado neurológico, atendiendo a los llamados que le realizaron y obedeciendo órdenes sencillas; de

²⁴ Se produce cuando el hueso disrumpe la piel, el tejido subcutáneo y muscular subyacente formando una comunicación directa entre el foco de fractura y el medio ambiente.

²⁵ Es una enfermedad producida por necrosis muscular que provoca la liberación a la circulación sanguínea de diversas sustancias que en condiciones normales se encuentran en el interior de las células que componen el tejido muscular, entre ellas la creatina fosfoquinasa y la mioglobina.

igual manera, señaló que la especialidad de Traumatología y Ortopedia le efectuó a V un tercer lavado mecánico en quirófano.

39. El 9 de noviembre de 2018, SP3 indicó en su nota del servicio de Traumatología y Ortopedia que V continuaba con apoyo ventilatorio. Mientras que, un especialista adscrito al servicio de Cirugía General, quien no asentó su nombre en la nota médica de ese mismo día, precisó que el estudio de control radiográfico de tórax reportó la resolución del hemo-neurotórax, por lo que se decidió su alta y el retiro de la sonda intrapleuraleal.

40. El especialista de este Organismo Nacional destacó en su dictamen médico que, durante los días posteriores, SP2 y SP5 reportaron en sus notas médicas un avance de la función respiratoria de V, por lo que el 12 de noviembre de 2018 SP3 indicó en su nota de evolución del Servicio y Traumatología el retiro de la ventilación mecánica; sin embargo, asentó que las condiciones en la extremidad lesionada no mostraban avance al presentarse tres escaras en dicha área, por lo que se continuó el tratamiento con antibióticos y se solicitó toma de muestra para cultivo.

41. El 14 de noviembre de 2018, SP6 reportó en su nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos que V presentaba alteraciones, caracterizadas por delirio hipoactivo, discurso incoherente y palabras incomprensibles, estableciendo como posible causa un foco séptico en pierna izquierda, puesto que comenzó a cursar periodos de fiebre.

42. El 15 de noviembre de 2018, se llevó a cabo el egreso de V del servicio de Cuidados Intensivos, dado que SP2 indicó en su nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos que V presentaba estabilidad hemodinámica y respiratoria, aunado a que dicha unidad contaba con microorganismos multirresistentes a antibióticos que podían agravar el cuadro infeccioso.

43. A pesar de que no existe en el expediente clínico de V *“nota de ingreso”* a piso a cargo del Servicio de Traumatología y Ortopedia, de la nota médica del 17 de noviembre de 2018 suscrita por SP3, se desprende que el paciente fue trasladado a dicha unidad, ocasión en la que se señaló que el fijador externo se encontraba con *“(…) herida quirúrgica limpia, sin datos de infección ni secreción(…)”*. Sin embargo, el día 20 de ese mes y año, se recibió el reporte del cultivo, el cual evidenció la presencia de *“pseudomona aeruginosa”* multirresistente a

antibióticos, causando el proceso séptico local a nivel de pierna izquierda.

44. SP3 señaló en su nota posquirúrgica del servicio de Traumatología y Ortopedia que el 23 de noviembre de 2018, V ingresó nuevamente a quirófano para el retiro de la escara y la aplicación de una terapia no invasiva conocida como sistema VAC. Durante los días posteriores (24 y 29 noviembre, así como 1 de diciembre de ese año), únicamente se asentó en las notas de evolución de dicha especialidad suscritas por SP7 *“drenaje de material de características serohemáticas.”*

45. El 7 de diciembre de 2018, AR2 le realizó un nuevo lavado mecánico quirúrgico a V, asentando en la nota posquirúrgica del servicio de Traumatología y Ortopedia que observó datos que orientaban a no poderse conservar la extremidad al advertir *“Mala calidad ósea, necrosis cutánea amplia, tejido muscular inviable y tendón tibial desecho por infección”*.

46. De la nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia de 10 de diciembre de 2018, se desprende que AR2 conversó con V y sus familiares sobre el manejo médico-quirúrgico que requería, consistente en la amputación de su extremidad inferior izquierda, respecto a lo cual solicitaron un periodo de tiempo para emitir su respuesta.

47. A través de una valoración por parte del servicio de psiquiatría de 11 de diciembre de 2018, SP8 estableció que V continuaba con un *“(…) cuadro confusional(…)”* compatible con el proceso infeccioso, agregando que un familiar no identificado de V no consintió la amputación de la extremidad inferior debido a que solicitaría una segunda opinión médica; sin embargo, no existe evidencia en el expediente clínico de que se haya recurrido al diagnóstico de otro especialista médico.

48. El especialista médico de este Organismo Nacional en su dictamen señaló que en los días posteriores se continuó con manejo hospitalario a base de curaciones y lavado mecánico en el quirófano, siendo hasta el 17 de diciembre de 2018 que V aceptó la amputación, por lo que AR2 solicitó se iniciara el protocolo quirúrgico; sin embargo, la cirugía no se llevó a cabo.

49. Entre la serie de acontecimientos que fueron causa del retraso en el manejo quirúrgico de V, se advierte que AR2 señaló en sus notas médicas del servicio de

Traumatología y Ortopedia que fue hasta el 26 de diciembre de 2018 que logró recabar las firmas del consentimiento informado,²⁶ sin especificar el motivo por el cual existió esa dilación en el cumplimiento de dicho trámite.

50. Al respecto, el médico de este Organismo Nacional refirió que AR2 incurrió en negligencia por dilación, al no realizar oportunamente la carta de consentimiento informado, la cual, de acuerdo con el artículo 10.1.2.9 de la NOM-Del Expediente Clínico era un requisito indispensable para la realización del procedimiento quirúrgico programado, dado que entrañaba la mutilación de un miembro.

51. Por otro lado, el especialista de esta CNDH advirtió en su dictamen que fue hasta el 28 de diciembre de 2018, cuando se realizó la valoración preoperatoria a cargo de un médico no identificado adscrito al servicio Medicina Interna, quien señaló en su nota de ese día que se estableció un *“riesgo quirúrgico Golman III y IV(...) cardiovascular medio(...)”*.

52. Del expediente clínico de V, se desprende que durante el periodo comprendido del 31 de diciembre de 2018 al 8 de enero de 2019, en cada nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia suscritas por AR2 y SP3 se refería *“(...) pendiente de programación quirúrgica(...)”*, así como *“(...) pendientes donadores de sangre(...)”*.

53. El 8 de enero de 2019, AR2 indicó en su nota de evolución del servicio de Traumatología y Ortopedia que V comenzó a presentar datos de deterioro del estado general, por lo que solicitó una nueva valoración por la especialidad de Medicina Interna y la transfusión de dos paquetes globulares, en virtud de que los estudios de laboratorio del día 3 de ese mes y año, demostraban disminución en las cifras de *“hemoglobina”*²⁷ y *“hematocrito”*.²⁸

54. En notas médicas de 8, 9, 10, 15 y 16 de enero de 2019, AR2 precisó que no era posible programar el procedimiento quirúrgico de V dado que se encontraba pendiente la transfusión de sangre, asentando *“(...) banco de sangre refieren que al paciente no se le pueden proporcionar los paquetes globulares que necesita*

²⁶ Documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, luego de haber recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. La Norma Oficial Mexicana NOM-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, *Del expediente clínico*, refiere en su numeral 10.1.2.9 que cualquier procedimiento que entrañe mutilación, es considerado como un evento que requiere *“consentimiento informado”* y este deberá ser recabado por el médico tratante (numeral 10.1.1.9).

²⁷ Proteína del interior de los glóbulos rojos que transporta oxígeno desde los pulmones a los tejidos y órganos del cuerpo

²⁸ Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre

porque no tiene donadores(...)"

55. Finalmente, SP5 indicó en su nota de valoración de la unidad de Cuidados Intensivos de 21 de enero de 2019 que V cayó en paro cardiorrespiratorio, por lo que se implementaron maniobras de reanimación básica y avanzada sin respuesta a las mismas, reportando su fallecimiento a las 15:35 horas de ese mismo día.

56. Al respecto, el especialista de este Organismo Nacional señaló en su opinión médica que, si bien la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas establece el esquema de *"donación familiar o de reposición"*, por lo que las instituciones médicas solicitan la reposición de dichos componentes ante la implementación de transfusiones sanguíneas o procedimientos quirúrgicos, la dilación en la presentación de donadores de sangre no constituye una justificación para omitir brindar al paciente una atención adecuada y oportuna.

57. De igual manera, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se advirtió que entre el 31 de octubre de 2018 y el 16 de enero de 2019, AR2 y SP3 expresaron la *"imposibilidad de programar la intervención quirúrgica"* debido a que AR3 se negó a proporcionar los paquetes globulares solicitados dado que V presentaba un adeudo en el banco de sangre del HGR-270; no obstante, dicha situación no justifica la dilación de un procedimiento quirúrgico necesario y urgente.

58. En ese sentido, el médico forense de esta CNDH manifestó que AR1 como encargado de las actividades administrativas del HGZ-15, incurrió en responsabilidad, al no haber realizado los trámites requeridos para la programación quirúrgica de la amputación de la extremidad inferior de V, lo que provocó que desarrollara un cuadro de sepsis grave y choque séptico refractario al tratamiento, la cual es clínicamente considerado como la causa de la muerte.

59. Por consiguiente, en el dictamen del especialista de este Organismo Constitucional se precisó que las responsabilidades del tipo administrativas detalladas con antelación contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

60. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que de las documentales que se anexaron al informe rendido por AR4, destaca el aviso dirigido a las personas derechohabientes del IMSS en el que se informa *"(...) La donación*

deberá realizarse lo antes posible y antes de la cirugía y deberás comunicárselo a la secretaria del banco de sangre para que te proporcione la cita más pronto posible para que cumplas el requisito ya que al hospitalizarte deberás presentar el comprobante de donación obligatorio y así evitarás la suspensión de tu cirugía programada(...)”; no obstante, no existe un fundamento jurídico que avale la suspensión de un procedimiento quirúrgico por un “adeudo” en el banco de sangre, más aún si dicha situación pone en peligro la vida del paciente.

61. Por consiguiente, el médico legista de esta CNDH determinó que existe responsabilidad de tipo institucional por parte del IMSS al difundir a las personas derechohabientes de ese Instituto la información descrita con antelación, la cual condiciona la atención médica al paciente.

62. En conclusión, AR1 y AR2 incumplieron con su deber de garantizar con calidad la atención médica de V en el HGZ-15, ya que no efectuaron las acciones necesarias para realizar de manera oportuna la amputación de su miembro inferior izquierdo; por su parte, AR3 y AR4, responsables del banco de sangre del HGR-270, incurrieron en responsabilidad al no proporcionarle al paciente los paquetes globulares que se solicitaron para llevar a cabo dicho procedimiento quirúrgico, el cual era urgente, lo que repercutió en el deterioro de la salud y fallecimiento de V, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 51, 77 bis, de la Ley General de Salud y 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

B. Derecho a la vida

63. Esta Comisión Nacional reconoce que, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), dentro de los cuales se encuentra el derecho a la protección de la salud, tienen una interdependencia e interrelación con los derechos individuales,

como el fundamental derecho a la vida²⁹, así mismo, funcionan como “puente” de los derechos individuales, con el mismo nivel de justiciabilidad. Por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales; tal es el caso de lo ocurrido al derecho humano a la vida de V.

64. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

65. En tanto que la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado[...].”*³⁰

66. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; entre los cuales destacan: la “Declaración de Ginebra” (1948), el “Código Internacional de Ética Médica” (1949), y la “Declaración de Lisboa” (1981), adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

²⁹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos; precisamente por su carácter fundamental, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

³⁰ SCJN. Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado. Registro 163169. Tesis P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

67. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por parte del personal adscrito al HGZ-15 y HGR-270 del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

68. La atención médica brindada a V durante su hospitalización en el HGZ-15, específicamente entre el 17 de diciembre de 2018 y el 21 de enero de 2019, fue inadecuada en virtud de que no se programó la intervención quirúrgica que requería, refiriendo un *“adeudo de donadores en banco de sangre”*; asimismo, el personal del banco de sangre del HGR-270 incurrió en responsabilidad al no brindar los paquetes globulares solicitados, omisiones que contribuyeron al deterioro de las condiciones generales del paciente y su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

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

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

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

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

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

³¹ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

³² Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

73. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³³

74. También se ha establecido en diversas recomendaciones, que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³⁴

75. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se sostiene en la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, las siguientes: 5/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019 y 26/2019.

76. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGZ-15, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la

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

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

mencionada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los dichos documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas y, en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

77. En ese sentido, se estima que existió inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico en el HGZ-15, debido a que en el expediente clínico de V faltan diversas notas médicas; asimismo, en algunas de ellas se omitió plasmar el nombre completo del médico que las elaboró.

78. La idónea integración del expediente clínico de V era un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que en este se integran los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la NOM-Del Expediente Clínico se cumpla en sus términos.

D. Responsabilidad

79. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, analizadas y evidenciadas, corresponde a: (i) AR1, quien era el responsable de las actividades administrativas del HGZ-15, al no haber realizado los trámites requeridos para la programación de la amputación del miembro inferior izquierdo de V; (ii) AR2, debido a que no realizó oportunamente la carta de consentimiento informado; (iii) AR3, dado que no proporcionó los paquetes globulares que le solicitaron, bajo el argumento que el paciente tenía un “*adeudo*” en el banco de sangre y (iv) AR4, quien era el responsable del HGR-270, debido a que en el banco de sangre de dicho nosocomio se difunde a los derechohabientes un documento en el que se indica que los procedimientos quirúrgicos se suspenderán en caso de que no se presenten los comprobantes de donación de sangre.

80. Las omisiones en las que incurrió el personal adscrito al HGZ-15 y al HGR-270

que fueron descritas con antelación, provocaron que V desarrollara un cuadro de sepsis grave y un choque séptico refractario que contribuyeron en el deterioro de su estado de salud y en su posterior fallecimiento, por ende dichas personas servidoras públicas incumplieron con lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser ésta profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.

81. En relación con las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas del HGZ-15, que repercute en la integración apropiada de dicho instrumento, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

82. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

83. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el presente caso se cuenta con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente

queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

E. Reparación integral del daño

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

85. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción IX, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud de QVI, se deberá inscribir a QVI conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

86. Siendo aplicable al caso lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones*

manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, así como diversos criterios de la CrIDH, que consideran en conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

87. Así mismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QVI, a fin de que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos de que fue objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación

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

89. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QVI la atención médica, psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

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

provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

91. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64 de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material y/o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.³⁵

92. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación a los derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de los derechos humanos.

93. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QVI por la mala práctica médica de la que fue víctima V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con el objetivo de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de satisfacción

94. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas. De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción

³⁵ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

IV y 73, fracción V de la Ley General de Víctimas, entre otras, se realiza mediante las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

95. En el caso de referencia, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras competentes en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

96. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero se deberán informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo a los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

97. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir.

98. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico citada en el cuerpo de esta Recomendación, al personal médico y administrativo del HGZ-15 y HGR-270 en Reynosa, Tamaulipas, así como a AR1, AR2, AR3 y AR4, con el objeto de prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

99. De igual forma, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Tamaulipas, particularmente del HGZ-15 y HGR-

270, con el objeto de que este actúe bajo la normativa relativa a la donación de sangre NOM-253-SSA1-2012, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y evidencias acreditadas en la presente Recomendación, así como el daño causado por las violaciones a derechos humanos, deberá proceder a la reparación integral del daño causado a QVI, que incluya una compensación con motivo de la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V, en términos de la Ley General de Víctimas e instrumentos de reparación del daño aplicables, se inscriba a QVI en el Registro Nacional de Víctimas y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención médica, psicológica y tanatológica a QVI, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QVI, bajo su consentimiento y, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y, se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el plazo de seis meses a partir de la aceptación de

la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, citada en el cuerpo de esta Recomendación, al personal médico y administrativo del HGZ-15 y HGR-270 en Reynosa, Tamaulipas, así como a AR1, AR2, AR3 y AR4, con el objeto de prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el estado de Tamaulipas, particularmente del HGZ-15 y HGR-270, con el objeto de que este actúe bajo la normativa relativa a la donación de sangre NOM-253-SSA1-2012 y, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen.

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

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

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

103. Con base en el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, que las



pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se remitan a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA