



RECOMENDACIÓN No.

68/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 44 CIÉNEGA DE FLORES, ASÍ COMO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°. 6 SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/318/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 44 y en el Hospital General de Zona 6.

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; 1, 3, 9, 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 el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima Directa
QV	Quejoso Víctima
AR	Autoridad Responsable
MR	Persona Médico Residente
SP	Persona Servidora Pública

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

Denominación	Acrónimo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/ Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León	Comisión Estatal de Nuevo León
Instituto Mexicano de Seguridad Social “IMSS”	IMSS

Unidad de Medicina Familiar N°. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciénega de Flores, Nuevo León.	Unidad de Medicina Familiar 44
Denominación	Acrónimo
Hospital General de Zona con Medicina Familiar N°. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Nicolás de los Garza, Nuevo León.	Hospital General de Zona 6
Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León	Hospital Universitario
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas	NOM-Para Residencias Médicas
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto, Primer y Segundo Nivel de Atención	GPC Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Primer y Segundo Nivel de Atención
Guía de Práctica Clínica de Prevención Secundaria, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica	GPC Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica

I. HECHOS.

5. El 22 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal de Nuevo León remitió por



incompetencia a esta CNDH, la queja presentada por QV el 21 de ese mes y año, por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidos en agravio de V1, atribuibles a personal de la Unidad de Medicina Familiar 44 y del Hospital General de Zona 6, por lo que se inició el expediente de queja CNDH/1/2018/318/Q.

6. QV destacó que por la deficiente atención médica y diagnóstico tardío del dolor de cabeza que V1 presentaba, se le ocasionó muerte cerebral del 80% y que el 21 de diciembre de 2017, le solicitaron a V2 que se llevara a su esposa porque *“no hay nada que hacer”* y debido a que V1 entró caminando y la entregan en *“vida vegetal”*, solicita atención hasta su restablecimiento, pago de indemnización y fijación de responsabilidades por el daño moral ocasionado en la Clínica de Medicina Familiar 44 y en el Hospital General de Zona 6.

7. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos se solicitaron copias de los expedientes clínicos de V1 con los informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Impresión del correo electrónico de fecha 21 de diciembre de 2017, remitido por personal adscrito a la Comisión Estatal de Nuevo León, del que se desprende el escrito de queja de QV, en el que manifiesta probables irregularidades en la atención médica de V1 en la Unidad de Medicina Familiar 44 y en el Hospital General de Zona 6, por lo que el Expediente Local 1 se recibió mediante oficio DORQ/8719/2017 el 22 de ese mes y año en original.

9. Acta Circunstanciada de fecha 21 de diciembre de 2017, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V2 ratificó vía telefónica la queja presentada por QV.



10. Impresión del correo electrónico de fecha 22 de diciembre de 2017, remitido por personal adscrito al IMSS a través del cual se reportó a este Organismo Nacional, que V1 estaba delicada pero estable, bajo atención médica y que se le realizaría estudio de contraste para descartar algún tumor.

11. Impresión del correo electrónico de fecha 24 de diciembre de 2017, remitido por personal adscrito al IMSS, por el que se comunicó a esta CNDH, que a las 22:30 horas de 23 de ese mismo mes y año, V1 había fallecido.

12. Oficio número 095217614BB1/270 de fecha 9 de febrero de 2018, por el que el IMSS remitió adjunto el expediente clínico de V1 con informes del personal interviniente, destacando lo siguiente:

12.1. Oficio 200201/200200/0334/2018 de fecha 1 de febrero de 2018, mediante el cual SP1, director del Hospital General de Zona 6 informó la atención brindada a V1.

12.2. Oficio 202422 200 200/0020/2018 de fecha 6 de febrero de 2018, por el que SP2 informó la atención otorgada a V1 el 13 y 14 de diciembre de 2017 en la Unidad de Medicina Familiar 44 y al que adjuntó lo siguiente:

12.2.1. Nota médica de 13 de diciembre de 2017, en la cual AR1 diagnosticó a V1, con migraña.

12.2.2. Nota médica de 14 de diciembre de 2017, en la cual AR1 derivó a V1 a Neurología del Hospital General de Zona 6.

12.2.3. Informe de 6 de febrero de 2018, elaborado por AR1 del que se desprende la atención médica prestada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

12.3. Dos Informes de fecha 2 de febrero de 2018, mediante los cuales AR3 y AR4 detallaron la atención médica brindada a V1 en Hospital General de Zona 6.

13. Oficio número 095217614BB1/0262 de fecha 14 de febrero de 2018, por el que el IMSS remitió adjunto el expediente clínico del Hospital General de Zona 6, destacando lo siguiente:

13.1. Indicaciones médicas de fecha 16 de diciembre de 2017 del servicio de Urgencias del “Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González”, en las cuales se asentó que el familiar de V1 solicitó su traslado al IMSS por alteración del estado de conciencia.

13.2. Nota de ingreso a Urgencias del Hospital General de Zona 6 de 16 de diciembre de 2017, en la cual AR2 diagnosticó a V1, con estado confusional agudo vs desequilibrio hidroelectrolítico (DHE), brote psicótico (ruptura de la realidad en forma temporal).

13.3. Historia clínica y nota de ingreso a Medicina Interna de fecha 17 de diciembre de 2017, en las que MR1 diagnosticó a V1, con estado de alerta secundario a disminución del sodio (hiponatremia euvolémica hiposmolar aguda grave).

13.4. Nota de evolución de 18 de diciembre de 2017, en la cual AR3 solicitó TAC de cráneo para descartar alguna causa orgánica de disminución de alerta.

13.5. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la evolución de Medicina Interna de fecha 19 de diciembre de 2017, en la que AR4 describió a V1, con deterioro neurológico agudo.

13.6. Tomografía de cráneo de las 19:22 horas de 19 de diciembre de 2017, con diagnóstico de infarto frontotemporal derecho (muerte de parte de la masa encefálica por carencia duradera en la irrigación sanguínea).

13.7. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la evolución de Medicina Interna de fechas 20 y 21 de diciembre de 2017, en la primera AR4 indicó que, al pase de visita, V1 presentó convulsión tipo tónico-clónico generalizada que cedió con diazepam, y en la segunda la describió con pronóstico malo para la función y la vida.

13.8. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la evolución de Medicina Interna de fecha 22 de diciembre de 2017, en la que AR4 solicitó hemocultivo y radiografía de tórax por sospecha de proceso neumónico.

13.9. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la evolución de fecha 22 de diciembre de 2017, en la cual se asentó que se informó a la hermana (sic) de V1, la necesidad de intubación urgente, quien comunicó que V2 rechazó dicha propuesta.

13.10. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la evolución de Medicina Interna de fecha 23 de diciembre de 2017, en la que AR4 describió que V1, muy grave con alto riesgo de complicaciones, familiares enterados.

13.11. Nota Médica y Prescripción en la que se asentó la defunción de las 22:11 horas de 23 de diciembre de 2017, por insuficiencia respiratoria y evento vascular cerebral isquémico.

13.12. Formato de transmisión de información médica, de la que se desprende las firmas de familiares de V1 respecto a su estado de salud del 17 al 23 de diciembre de 2017.

14. Oficio número 095217614C20/1923 de fecha 4 de octubre de 2018, por el que el IMSS remitió adjunto el similar 095217614C20/1630 del 17 de septiembre de ese año, donde informó que se remitió a la Coordinación de Asuntos Contenciosos, el Expediente de Queja 1 y la queja presentada ante esta CNDH porque QV solicitó reparación de daño moral.

15. Opinión médica de fecha 10 de septiembre de 2019, en la que personal médico de esta CNDH de la que se desprende de la conclusión primera que la atención médica proporcionada a V1 fue inadecuada tanto en la Unidad de Medicina Familiar 44 como en el Hospital General de Zona 6.

16. Acta Circunstanciada de fecha 26 de octubre de 2019, en la que personal adscrito a este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con personal del IMSS, quien comunicó que la Comisión Bipartita aún no determinaba el presente asunto.

17. Acta Circunstanciada de fecha 1 de octubre de 2020, en la cual personal adscrito a esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con V2, quien la única queja que presentó en el IMSS fue el 20 de diciembre de 2017, cuando la querían dar de alta.

18. Acta Circunstanciada de 8 de octubre de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción de documentación remitida vía correo electrónico por QV, entre la cual destacó el oficio 0955034A10/00372 de 14



de septiembre de ese año, mediante el cual la Dirección Jurídica del IMSS comunicó que el Expediente de Reclamación Patrimonial 1 fue desechado.

19. Acta Circunstanciada de 28 de febrero de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar que personal del IMSS comunicó que no se inicia queja administrativa cuando los quejosos reclaman responsabilidad patrimonial para evitar resoluciones contradictorias y cuando cuente con la información del juicio de nulidad promovido lo hará del conocimiento.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. El 17 de septiembre de 2018, el IMSS remitió a la Coordinación de Asuntos Contenciosos del Instituto, el Expediente de Queja 1 junto con la presentada ante esta CNDH, por la petición de reparación de daño moral solicitada por QV, informando el 4 de marzo de 2022 que continuaba en trámite.

21. El 21 de diciembre de 2020, la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS desechó el Expediente de Reclamación Patrimonial 1 debido a que QV no acreditó su calidad de heredero de quien en vida llevaba el nombre de V1, ni ratificó su escrito, pese a la prevención realizada el 27 de febrero de ese mismo año, determinaciones notificadas el 6 de marzo y el 14 de septiembre de 2020, respectivamente.

22. El 21 de octubre de 2021, V2 informó a personal de esta CNDH, que no presentó queja ante el IMSS ni en el Órgano Interno de Control con motivo del fallecimiento de V1; ni denuncia ante la Fiscalía General de la República; por otro lado, el IMSS comunicó que cuando cuente con la determinación del juicio de nulidad lo notificara a esta CNDH.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

23. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2018/318/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2, atribuibles a AR1 adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 44, así como, de AR2 adscrito a Urgencias, AR3 y AR4 del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona 6, por las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

24. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a dicha protección.

25. La SCJN ha establecido que “(...) *El derecho a la salud, (...), comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y*

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

científicamente, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, (...).²

26. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, demandando la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

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

28. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar*

² Jurisprudencia administrativa, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD*. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

mediante (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).³

29. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce el derecho a la salud de las personas, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, debiendo el Estado adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”,⁴ consideró que, “(...) *los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*”.

30. Del análisis realizado, se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron una adecuada atención médica que en su calidad de garantes de V1 requería, al haber desestimado su temprana sintomatología, con lo cual vulneraron su derecho a la protección de la salud y a la vida como se analizará posterior a sus antecedentes clínicos de conformidad con lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7, del Reglamento del IMSS, vigentes al momento de los hechos,.

31. Es de señalar que V1, femenina de 56 años de edad al momento de los hechos, con antecedentes patológicos de insomnio en manejo médico farmacológico con benzodiazepina (diazepam), sin que se conozca la dosis, frecuencia y evolución.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1.

³ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

❖ **Atención brindada en la “Unidad de Medicina Familiar 44”, en fechas 13 y 14 de diciembre de 2017.**

32. El 13 de diciembre de 2017, V1 acudió a consulta a la Unidad de Medicina Familiar 44, donde le manifestó a AR1, lo siguiente: *“(…) que desde ayer por la mañana presentó dolor de cabeza (cefalea) tipo pulsátil en hemicráneo, el cual describió como “dolor incapacitante”, mismo que había presentado con anterioridad, pero con duración más corta, en esta ocasión con náuseas, intolerancia a la luz (fonofobia) y al ruido (fotofobia)”*.

33. En atención a lo anterior, AR1 a la exploración física advirtió entre otros datos, con tensión arterial 115/60, frecuencia cardíaca 85x´, frecuencia respiratoria 16x´, temperatura 36.5°C, saturación de oxígeno 98%, consciente, cooperadora, orientada, mucosas hidratadas, faringe hiperémica, campos pulmonares bien ventilados, ausencia de sibilancias o estertores, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, ausencia de soplos abdomen blando de previsible no doloroso con peristalsis presente, signo de *“Murphy y Giordano”* negativos (sugestivos de dolor vesicular y alteraciones renales respectivamente), sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin edema y buen llenado capilar distal, la diagnosticó con migraña.

34. En ese orden de ideas, estableció como plan de manejo el envío a Urgencias para administración de solución parenteral con procinético (metoclopramida) y analgésico (ketorolaco) dosis única, revaloración a término del tratamiento y le hizo de su conocimiento los posibles signos de alarma, medidas de manejo conservador y cita abierta en caso de complicación.

35. Debido a que V1 persistió con malestar, el 14 de diciembre de 2017, regresó con AR1, a quien le comentó que continuaba con dolor de cabeza con mejoría en comparación con el día anterior pero que aún no se le quitaba, seguía

con intolerancia a la luz y al ruido, náuseas ya sin vómito y EVA 9/10 (escala visual analógica para el dolor).

36. A la exploración física, AR1 la encontró con tensión arterial 110/80, frecuencia cardíaca 85x', frecuencia respiratoria 16x', temperatura normal, neurológicamente íntegra, faringe normal, tórax limpio, abdomen blando depresible no doloroso, rebote negativo, peristalsis normal sin visceromegalias, puntos dolorosos negativos y extremidades eutróficas (normales), por lo cual reiteró su diagnóstico de migraña y la remitió a valoración de Neurología del Hospital General de Zona 6 de manera ordinaria, y a Urgencias para aplicación de medicamento, revaloración de no ceder el malestar y cita abierta en caso de complicación.

37. Al respecto, de la opinión médica realizada por personal adscrito a esta CNDH, tal y como se desprende de la conclusión primera que la atención médica de AR1 fue inadecuada al haber advertido que desde la primera valoración omitió un interrogatorio y exploración física detallados y acuciosos en búsqueda de factores de riesgo y alteraciones neurológicas para establecerle tratamiento idóneo aunado a que al siguiente día refirió un EVA 9/10, lo que ameritaba descartar alteraciones a nivel neurológico debido a que presentaba dolor de 24 horas de evolución, lo que al no haber realizado evidenció el incumplimiento a la GPC Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Primer y Segundo Nivel de Atención, la cual especifica que la migraña es en su tipo de cefalea primaria severa unilateral, pulsátil que puede presentarse en minutos u horas de intensidad moderada a severa y está asociada a náusea, vómito, sensibilidad a la luz y al ruido incapacitante, la cual se clasifica por ausencia de aura en ataques de 4 a 72 horas y se agrava con actividad fija física, sintomatología que requiere paracetamol de 1000 mg. sólo o combinado con metoclopramida para reducir síntomas, recomendaciones que AR1 omitió.

38. Ante la falta de mejoría, a las 14:50 horas del 16 de diciembre de 2017, V1 ingresó a Urgencias del Hospital Universitario, donde el médico tratante la describió con alteraciones del estado de conciencia, por lo cual su familiar comentó que tomaba diazepam para conciliar el sueño y que presentó cefalea holocraneana 10/10 con vómito tratada con metoclopramida e isosorbide, sin embargo, “(...) *el martes (sic) presentó alteración en el habla con descarrilamiento de lenguaje, miércoles y jueves estuvo desorientada y pérdida en su colonia y a las 08:00 am de ese día presentó alteración en tiempo y persona (...)*”.

39. Con tales referencias el médico tratante del Hospital Universitario tomó TAC de cráneo, cuyo resultado se apreció sin anormalidades y con los resultados de laboratorio, fue trasladada al IMSS a petición de su familiar.

❖ Atención brindada en el “Hospital General de Zona 6” del 16 al 23 de diciembre de 2017.

40. V1 ingresó a Urgencias del Hospital General de Zona 6, a las 20:19 horas de 16 de diciembre de 2017, donde fue atendida por AR2, quien indicó como antecedente cefalea de varios días de evolución, sin aparentes acompañantes hasta el 15 de diciembre de 2017, cuando presentó desorientación e incoordinación motriz.

41. Debido a que AR2, encontró a V1 consciente, poco cooperadora y desorientada, integró el diagnóstico de “*estado confusional agudo vs DHE [desequilibrio hiro-electrolítico], brote psicótico*”, e indicó que ingresara a Observación con soluciones parentales, antiulceroso (ranitidina), analgésico (ketorolaco), laboratorios (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría), signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vigilancia del estado de alerta, familiar 24 horas, así como, a Medicina Interna.

42. De la opinión médica se desprende que AR2 también omitió el interrogatorio y exploración física completa y cuidadosa, con énfasis en el área neurológica ante los antecedentes de cefalea y alteraciones de desorientación e incoordinación motora de V1, lo cual ameritaba de inmediato un nuevo estudio de imagen y tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética y valoración por Neurología, pues en ese sentido, la GPC para la Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica sugiere que se considere lo siguiente:

42.1. Estudio de imagen (tomografía computada de cráneo y/o resonancia magnética) ante síntomas neurológicos de déficit motor o sensitivo, disartria (dificultad para articular sonidos o palabras), afasia (dificultad para comunicarse después de algún accidente cerebrovascular), vértigo, entre otros, con más de 24 horas de duración.

42.2. La evolución inicial del paciente con enfermedad vascular cerebral aguda y la decisión de tratamiento deben completarse en los primeros 60 minutos desde que llega a urgencias mediante protocolo organizado y equipo multidisciplinario (médico, enfermera, radiólogo y personal de laboratorio) para una exploración neurológica completa y exploración clínica integral, lo cual AR2 no consideró.

42.3. El diagnóstico de la EVC isquémica se realiza al inicio con la simple identificación de signos y síntomas de déficit neurológico (afección motora y sensitiva contralateral al hemisferio dañado, disfasia o afasia, pérdida súbita del estado de alerta, entre otras), de ahí que se recomienda valoración mediante la escala de Glasgow y todos los pacientes con sospecha de enfermedad vascular cerebral isquémica aguda de más de una hora de evolución deben ser sometidos a estudios de imagen cerebral inmediato y tomografía computada en la fase aguda antes de iniciar cualquier terapia

específica, lo cual AR2 omitió.

43. A las 04:40 horas del 17 de diciembre de 2017, cuando V1 ingresó a Medicina Interna, MR1 la describió sin antecedentes patológicos, Alzheimer de 7 años de evolución (dato señalado también por SP1), pero al haberla advertido a la exploración física con tensión arterial 130/70, frecuencia cardíaca 80 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, temperatura y saturación normales, reactiva, desorientada, poco cooperadora sin apertura ocular, palidez de tegumentos, sin poder explorar reflejo ocular, sin alteraciones en la fuerza y sensibilidad, retiro al dolor y defensa, entre otros datos, que complementados con los resultados de laboratorio evidenciaron alteraciones electrolíticas por hiponatremia de 119mEq (normal 135 a 145), la diagnosticó con alteración del estado de alerta secundario a disminución del sodio (hiponatremia euvolémica hipoosmolar aguda grave).

44. Por lo que, indicó dieta normal, soluciones parenterales con reposición de sodio, protector de la mucosa gástrica, sales de potasio, cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno, sonda foley, cuantificación de laboratorios urgentes de recolección de orina de 24 horas para determinación de densidad y electrolitos séricos urinarios.

45. El 18 de diciembre de 2017, AR3 encontró a V1, somnolienta, al estímulo físico y verbal con desorientación en tiempo, espacio y persona, Glasgow 12,⁵ leve palidez, semihidratada, pupilas isocóricas normoreflexicas, cuello normal, precordio rítmico hiperdinámico sin ruidos agregados, debilidad 2/5, leve hiperreflexia de hemicuerpo izquierdo, aún con alteraciones electrolíticas a nivel de sodio, potasio y leve anemia confirmado son sus laboratorios, por lo cual indicó

⁵ Se refiere a que la paciente presentaba un estado neurológico íntegro.

que continuara con su reposición y protocolo de estudio para determinar la causa de hiponatremia o alguna probable causa orgánica y solicitó tomografía de cráneo.

46. Al respecto, en la opinión médica realizada por personal adscrito a este Organismo Nacional consideró que con las alteraciones neurológicas de V1, AR3 debió realizarle un interrogatorio y exploración física completos y minuciosos, así como, solicitar valoración por Neurología, con lo que se pudo haber evitado el avance al detrimento neurológico.

47. Llama la atención que aun cuando la referida GPC para la Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica establece que los estudios de imagen deben realizarse en 24 horas, en el caso particular fueron realizados a 72 horas después de que V1 ingresó a Urgencias, esto es, el 19 de diciembre de 2017, cuando se le realizó la tomografía de cráneo, la cual evidenció “(...) *datos tomográficos en relación a infarto frontotemporal derecho (...)*”, hallazgo que conforme la opinión realizada por personal adscrito a esta CNDH, confirmó que el avance al deterioro del estado neurológico de V1 obedecía a un nuevo evento vascular cerebral isquémico, padecimiento grave con posibles complicaciones fatales, sin que fuera advertido ni manejado oportunamente.

48. De las evidencias se advirtió que, del 19 al 23 de diciembre de 2017, a V1 le dio seguimiento clínico y médico AR4, destacando lo siguiente:

48.1. El 19 de diciembre de 2017, la reportó somnolienta, Glasgow 8 (M5 02 V1) -lo cual conforme a lo señalado en la opinión realizada por personal adscrito a esta CNDH se traducía en un evidente deterioro neurológico-, pupilas isocóricas con reflejo consensual y fotomotor presente, extremidades con fuerza no valorable debido a que no obedecía órdenes, pero presentaba movilización espontánea y asentó que los resultados de sus laboratorios

evidenciaron que continuaba con hiponatremia ya con recuperación de potasio.

48.2. Además de indicarle antibiótico (levofloxacino) de forma empírica porque enfermaría el 18 de abril de 2017, reportó que presentó fiebre; al respecto, personal médico de esta Comisión Nacional destacó que AR4 incumplió con la GPC para la Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica, la cual establece que debe investigarse la causa de la fiebre por medios físicos, y en caso de respuesta no satisfactoria, administrarse medicamentos antipiréticos sin que recomiende uso profiláctico de antibióticos porque primero se debe constatar que se trate de una infección, sin soslayar que solicitó de manera ordinaria su perfil tiroideo, electrolitos séricos, radiografía de tórax portátil, urocultivo, hemocultivo cronológico y programación de tomografía.

48.3. En ese orden de ideas y pese a que AR4 la diagnosticó con evento vascular cerebral isquémico, y sodio bajo desde el 19 de diciembre de 2017, aunado a que el 20 de ese mes y año al pase de visita presentó un evento convulsivo tónico-clónico generalizado que aminoró con anti convulsionante (diazepam 5 ml.), comentándole su familiar que a la 01:00 horas padeció evento similar que cedió de manera espontánea, aunado a que los resultados de sus estudios de laboratorio (leucocitos 14.1, HD 10.5, hto 31.6, plaquetas 218, glucosa 104, boom 7, urea 14, creatinina 0.54, NA 122 y potasio 3.5) indicaban que cursaba respuesta sistémica inflamatoria, cuadro anémico con persistencia de hiponatremia, determinó que continuaría el mismo manejo médico más difenilhidantoína, antitrombótico, estatina (pravastatina) con colocación de sonda nasogástrica a derivación.

48.4. En la revisión del 21 de diciembre de 2017, aun y cuando la describió indiferente al medio, sin obedecer órdenes, se limitó a prescribir la continuación del tratamiento señalado e informó a sus familiares que su

pronóstico era malo para la función y la vida, y el 22 de ese mes y año, después de reportarla taquipneica (92 latidos por minuto), con fiebre (38°C), normotensa (tensión arterial 110/70), Glasgow 8, pupilas isocóricas con reflejo consensual y fotomotor con sospecha de proceso neumónico, fue cuando solicitó radiografía de tórax urgente, nebulizaciones simples, examen general de orina, cultivo de secreción bronquial y hemocultivo con antibiótico de amplio espectro (meropenem).

48.5. Sin embargo, dada su gravedad a las 15:00 horas del mismo día 22 de diciembre de 2017, se explicó a la hermana (de 67 años) de V1, que debido a que presentaba Glasgow de 3 puntos (puntaje más bajo de respuesta verbal, ocular y motora), requería urgentemente intubación orotraqueal, sin que lo aceptaran, al siguiente día, se limitó a reportarla en malas condiciones generales, neurológicamente sin cambios, y señaló que el día anterior firmaron *“hojas de no intubación orotraqueal”*, la describió muy grave con alto riesgo de complicaciones, familiares enterados y solicitó tomografía de cráneo contrastada.

49. Al respecto, en la opinión realizada por personal adscrito a esta CNDH, se consideró que la atención de AR4 fue inadecuada, ya que, igual que AR2 y AR3 omitieron solicitar la valoración de V1 por Neurología ante su evidente deterioro neurológico, el cual ameritaba nueva tomografía de cráneo desde su llegada, lo que al no haber ordenado incidió en el detrimento en su estado neurológico, lo cual se constató con su sintomatología agregada.

50. Aunado a que AR4 omitió considerar que la GPC para la Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica sugiere para pacientes con infarto cerebral agudo exámenes de laboratorio durante su evaluación (glucosa sanguínea, electrolíticos séricos, pruebas de función renal, electrocardiograma,



marcadores de isquemia cardiaca, biometría hemática completa, tiempo de protrombina, tromboplastina parcial activada, saturación de oxígeno, entre otros), y en sospecha de crisis convulsivas, ecocardiografía transtorácica máxime que ya la había diagnosticado con evento vascular cerebral isquémico, lo que no consideró pese al resultado de la tomografía de fecha 19 de diciembre de 2017.

51. A lo que se suma, que el 21 de diciembre de 2017, cuando la describió indiferente al medio y sin obedecer omitió su inmediata valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos o revisión por Neurología y para el 23 de ese mes y año, esto es, posterior a que la reportaron con Glasgow 3, únicamente asentó que el día anterior firmaron hojas de no intubación, sin embargo, dicha negativa es un derecho inherente a los pacientes y familiares, siendo insuficiente para deslindar de responsabilidad al personal médico tratante ya que como se asentó en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, para esa fecha se acreditó que el estado neurológico de V1 avanzó al deterioro progresivo e irreversible, lo cual fue secundario a su inadecuado manejo médico y a la dilación en establecer y tratar el infarto cerebral reportado desde el 19 de abril de 2017.

52. Consecuentemente, y ante la falta de atención oportuna, a las 22:11 de 23 de diciembre de 2017, cuando V1 presentó asistolia sin pulso palpable y sin trazo electrocardiográfico los “*familiares*” no aceptaron intubación orotraqueal ni maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar, por lo cual se registró como causas de su lamentable deceso: insuficiencia respiratoria y evento vascular cerebral isquémico; por tanto, se afirma que la negligencia médica en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4 incidió en la pérdida de la vida de V1, vulnerándose su derecho humano a la salud que derivó en la pérdida de la vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

53. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por tanto, corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

54. 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, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al 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 (...).”*⁶

55. También se encuentra reconocido en 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 y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

56. La CrIDH ha establecido que: *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y,*

⁶ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.



en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”⁷, asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”⁸.

57. Este Organismo Nacional ha referido que: *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), 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; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.⁹

58. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana,¹⁰ de ahí que en el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 44 y AR2 de Urgencias, así como por AR3 y AR4 de Medicina Interna del Hospital General de Zona 6, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida por lo siguiente.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA.

⁷ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

⁸ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

⁹ CNDH. Recomendación: 75/2017, p. 61.

¹⁰ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, p. 117.

59. V1 falleció a las 22:11 horas de 23 de diciembre de 2017, y tal y como se desprende del certificado de defunción, las causas que provocaron su lamentable deceso fueron: *“insuficiencia respiratoria y evento vascular cerebral isquémico”*; lo que en la opinión médica de este Organismo Nacional fue a consecuencia de la falta de atención médica adecuada y oportuna para su padecimiento desde la primera valoración realizada por AR1 y su posterior ingreso del 16 al 23 de diciembre de 2017 en Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Zona 6, donde desde el 19 de ese mes y año, se confirmó que cursó evento vascular cerebral isquémico sin que recibiera manejo médico integral pese a las manifestaciones tempranas con que fue recibida, esto es, dolor de cabeza, intolerancia a la luz, al ruido y desorientación, lo que le habría brindado mejor pronóstico de sobrevida y que al no haber sucedido condicionó su desafortunado fallecimiento.

60. Derivado de la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1, su estado neurológico evolucionó al deterioro de su salud debido a que después de tres días de que ingresó a Urgencias, se determinó que cursaba evento vascular cerebral isquémico, estando fuera de tratamiento trombolítico por el tiempo de evolución, padecimiento para el cual requería manejo avanzado de la vía aérea, el cual fue rechazado por sus familiares, y en ese sentido, en la opinión médica de esta CNDH, se asentó que el evento vascular cerebral isquémico derivó directamente de su inadecuado manejo médico tal y como se acreditó.

61. Por tanto, las acciones y omisiones en que incurrieron AR1 adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 44, AR2 a Urgencias, así como AR3 y AR4, de Medicina Interna del Hospital General de Zona 6 acreditaron la vulneración a su derecho humano a la salud y a la vida con independencia de que sus familiares rechazaran el procedimiento de intubación orotraqueal sugerido, ya que el daño

neurológico avanzó al detrimento sin tratamiento médico oportuno como se acreditó.

62. Los informes de SP2, AR1, AR3 y AR4 coinciden con las notas de evolución valoradas; y en cuanto a las manifestaciones de SP1, director del Hospital General de Zona 6, quien afirmó en lo que interesa que:

62.1. Desde que V1 llegó a Urgencias y en hospitalización recibió manejo adecuado a su patología, cuya complementación diagnóstica se realizó en momentos de estabilización para sus traslados a las áreas correspondientes y su diagnóstico de EVC isquémico se relacionó con la patología por la cual ingresó y que condicionaba su estado neurológico, *“no fue ocasionado en nuestra Unidad como irresponsablemente acusan en su queja”*.

62.2. V1 evolucionó tórpidamente en su estado neurológico, se informó su gravedad a los familiares quienes no quisieron intubación de ameritarlo, por lo que a las 22.10 horas de 23 de diciembre de 2017, presentó paro cardiorrespiratorio no reversible a maniobras con la negativa de sus familiares a realizar *“acciones heroicas”*.

62.3. Durante su estancia hospitalaria se brindó información oportuna y entendible, cuyo desenlace fatal fue consecuencia de la historia natural de su enfermedad, *“(…) en ningún momento fue por mala atención médica ni por el diagnóstico tardío y mucho menos por falta de profesionalismo de los médicos que la atendieron (...)”*.

62.4. En cuanto a los trámites administrativos debe realizarlos en las áreas asignadas y con la documentación obligatoria necesaria, así como cumplir con los requisitos que marca la normativa, no son trámites *“automáticos”*.

63. Afirmación, que se contrapone a las conclusiones que se desprenden de la opinión técnica elaborada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, quienes afirmaron que hubo inadecuada atención médica ante la omisión de un interrogatorio y exploración física detallados y acuciosos en búsqueda de factores de riesgo y alteraciones neurológicas que permitiera establecer tratamiento médico acorde a su patología, aunado a que tampoco se realizó protocolo de estudio integral con énfasis en el área neurológica que incluyera estudios de imagen (tomografía axial computarizada y resonancia magnética) y valoración por Neurología y la Unidad de Cuidados Intensivos de inmediato, provocando que permaneciera fuera de tratamiento trombolítico por el tiempo de evolución de su padecimiento, aspectos que incidieron en su desafortunado deceso.

64. Por lo expuesto, se afirma que AR1, AR2, AR3 y AR4 del Hospital General de Zona 6 incumplieron los artículos 48 y 138 Bis, del Reglamento de la LGS, así como el 27, fracción III, 32, 51, fracciones I y II, del numeral 77 bis 37, de la LGS, así como el numeral 7, del Reglamento del IMSS, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral y que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, lo que en el caso particular les genera responsabilidad por las irregularidades expuestas.

65. Igualmente, vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al haber omitido la apropiada prestación del servicio al que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1 para brindarle atención médica pronta, contrario a ello, el detrimento en su estado neurológico avanzó sin manejo clínico idóneo, lo cual evidenció que no adecuaron su actuar a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar acciones o conductas omisas como

aconteció, por tanto, incumplieron su deber de garantizar calidad y oportunidad la atención médica que el estado de salud de V1 ameritaba.

66. V1 tenía derecho de ser atendida de manera integral para un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, la ausencia de exploración física e interrogatorio para indagar en aspectos neurológicos contribuyeron a su deficiente proceso inicial, ya que no obstante presentaba dolor de cabeza *“incapacitante”*, náusea, intolerancia a la luz y al ruido y posteriormente desorientación y fuerza no valorable, fue insuficiente para que ordenaran estudios dirigidos a su patología, máxime que los hallazgos observados en la tomografía ameritaban vigilancia estrecha por Neurología o la Unidad de Cuidados Intensivos para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, aspectos que al no haber sido considerados les genera responsabilidad a AR1, AR2, AR3 y AR4 en los términos establecidos.

67. Por tanto, AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, al haber incumplido con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, así como en el contenido de la GPC Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña y GPC Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica.

❖ **PERSONAL MR.**

68. En la precitada Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, se destacó que *“(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...)”*.

69. El 17 de diciembre de 2017, cuando MR1 diagnosticó a V1 con alteración del estado de alerta secundario a disminución de sodio sin asesoría de su titular o médico de base encargado, tal y como se desprende de la opinión realizada por personal adscrito a esta CNDH, propició que no se le realizara interrogatorio y exploración neurológica completa y acuciosa ya que no obstante la reportó *“desorientada, poco cooperadora y sin apertura ocular”*, omitió el inicio de protocolo de estudio completo que incluyera estudios de imagen (tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética) y valoración por Neurología, lo que al no haber acontecido incidió en el detrimento a su estado de salud hasta su lamentable deceso.

70. Por tanto, deberá investigarse el nombre de la persona servidora pública a cargo de MR1 para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente por haber incumplido el punto 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, ya que, aun cuando los MR son profesionales de la medicina también lo es que cursan un período de capacitación de ahí que requieran supervisión y guía en sus actividades, lo que evidentemente no aconteció.

71. Por otra parte, para garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU, integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, debiendo considerarse en el presente asunto el Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) includ[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante con reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y considere las particularidades de los pacientes a fin

de generarles atención eficaz y oportuna valiéndose de los medios a su alcance para garantizar una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud.

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

72. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo.

73. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹¹

74. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,¹² esta Comisión Nacional consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.

75. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste *“(...) 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...) de la salud, (...) el estado de salud (...); datos (...) del bienestar físico, mental y social (...).”*¹³

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

¹² CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹³ Introducción, párr. dos.

76. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

77. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.¹⁴

78. Del análisis al expediente clínico de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico con base en lo siguiente.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V1.

79. Debido a que personal médico de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico al haber advertido nombres incompletos, falta de firmas, cargos, especialidad, matrícula, notas médicas e indicaciones sin membrete o con abreviaturas, se solicitará la emisión

¹⁴ CNDH, párr. 34.

de circular para que en lo sucesivo personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar 44, de los servicios de Urgencias y Medicina Interna el Hospital General de Zona 6 se ajusten al contenido de la precitada Norma Oficial Mexicana.

80. Acreditándose además que AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron la adecuada exploración física e historia clínica intencionada y dirigida a la búsqueda de los orígenes neurológicos de V1, que incluyera estudios de imagen, entre otros, por lo cual contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la NOM-Del Expediente Clínico, que especifican los requerimientos para los interrogatorios médicos, omisión que impidió que se determinara la etiología del padecimiento de V1 de manera oportuna, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto.

81. Las irregularidades en la integración del expediente clínico representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos para el tratamiento del paciente como para deslindar responsabilidades y en opinión del personal médico de esta CNDH, además, del derecho humano a la salud y vida de V1 se vulneró el derecho al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

82. AR1 adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 44, AR2 de Urgencias, AR3 y AR4 de Medicina Interna del Hospital General de Zona 6 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones al no haber brindado la atención médica especializada y con calidad que V1 requería ante la evolución del deterioro neurológico que presentó con el transcurso de los días, ya que desde el 19 de diciembre de 2017, la tomografía de cráneo reportó que padeció infarto frontotemporal derecho, sin que los médicos tratantes consideraron su inmediata valoración por Neurología o en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que derivó en

la violación a su derecho humano a la protección de su salud y a la vida como se acreditó.

83. Aunado a que en opinión del personal médico de esta CNDH, no recibió atención médica adecuada ni oportuna desde su primera valoración por AR1 ni mucho menos a su ingreso al Hospital General de Zona 6, donde se confirmó que cursó evento vascular cerebral isquémico para el cual no recibió manejo médico integral como era lo indicado pese a las manifestaciones tempranas de cefalea, intolerancia a la luz y al ruido, desorientación y falta de fuerza muscular, lo que debió valorarse para brindarle un mejor pronóstico de sobrevivencia lo que al no haber acontecido condicionó su desafortunado deceso el 23 de diciembre de 2017, siendo una de las causas resultado de la inadecuada atención médica.

84. Por otra parte, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad al haber vulnerado el derecho humano al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2.

85. Esta CNDH considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto 6 y 7, fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen 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; en ese sentido, aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso

concreto no aconteció, tan es así que QV presentó queja por el manejo inadecuado y tardío del padecimiento de dolor de cabeza de su cuñada.

86. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 por las irregularidades en la atención médica de V1 y las advertidas en la integración de su expediente clínico, por lo que la autoridad administrativa deberá considerar las evidencias reseñadas para que determinen responsabilidades por las violaciones a derechos humanos acreditadas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

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

ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

88. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

89. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

90. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud y derecho a la vida en agravio de V1, por lo que se considera

procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

i. Medidas de Rehabilitación.

91. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

92. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas en concordancia con los numerales 6, fracción VI, 54 y 55, de la Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a V2, atención psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado que así lo acredite mediante título, diplomas o demás constancias con valor curricular, la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la inadecuada atención médica de V1 que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

93. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

94. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Medidas de Compensación.

95. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a V2 derivado de la inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida de V1, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

96. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.
- **Daño inmaterial.** 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. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de Satisfacción.

97. 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 IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con la instancia investigadora competente, derivado de la queja administrativa a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, en el presente caso, AR1, AR2, AR3 y AR4 que presente éste Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iv. Medidas de no repetición.

98. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 fracciones VII y IX, así como 75, de la Ley General de Víctimas en relación con los numerales 59 y 60, de la Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

99. Además es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral dirigido al personal médico la Unidad de Medicina Familiar 44 y de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Zona 6, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el contenido de la GPC de Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto, Primer y Segundo Nivel



de Atención, así como de la diversa de Prevención Secundaria, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica y la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico.

100. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

101. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

102. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir circular en la que se instruya al personal de la Unidad de Medicina Familiar 44 y de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Zona 6 con medidas de supervisión para la adecuada integración del expediente clínico, las cuales serán supervisadas seis meses, siendo su cumplimiento y del resto de las medidas para garantizar su no repetición considerando informes mensuales.

103. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted, 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 las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a V2, que incluya una justa y suficiente compensación con motivo de la inadecuada atención médica que contribuyó al deterioro de la salud y la pérdida de la vida de V1, y en términos de la Ley General de Víctimas, se realicen los trámites para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviarse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue en los términos precisados, atención psicológica y tanatológica a V2 con motivo de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse en el cercano a su lugar de residencia, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con el Órgano Interno de Control en el IMSS en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 por las acciones y omisiones precisadas en el apartado de hechos y observaciones de la presente Recomendación, debiendo enviarse a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Implementar en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el contenido de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto, Primer y Segundo Nivel de Atención, así como de la



diversa de Prevención Secundaria, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica y la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos al personal médico la Unidad de Medicina Familiar 44 y de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Zona 6, considerando la asistencia de AR1, AR2, AR3 y AR4. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y remitir 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, emitir circular al personal de la Unidad de Medicina Familiar 44 y de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Zona 6 con medidas de supervisión para la adecuada integración del expediente clínico, las cuales serán supervisadas seis meses al igual que del resto de las medidas para garantizar su no repetición, debiendo remitir a este Organismo Nacional informes mensuales.

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

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



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

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

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

107. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional 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