

RECOMENDACIÓN No. 77 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, A LA VIDA, Y AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 20 de abril 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; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/4327/Q**, relacionado con el caso de V1.

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, y 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, y último párrafo, 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.

Clave	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

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

Denominaciones	Acrónimo
Hospital General de Zona con N° 194 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Estado de México.	Hospital General de Zona 194
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS

Denominaciones	Acrónimo
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del expediente clínico”</i> .	NOM-004-SSA3-2012 <i>“Del expediente clínico”</i>
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional

I. HECHOS.

4. El 14 de mayo de 2018, V2 (familiar de V1) presentó queja ante este Organismo Nacional, en la que señaló que en el mes de abril V1 (persona del sexo masculino de 57 años), ingresó al Hospital General de Zona 194, en donde la atención de los médicos adscritos al Área de Urgencias fue deficiente.

5. V2 agregó que desde el ingreso de V1 al hospital su estado de salud evolucionó hacia el deterioro, al no realizarle las pruebas de laboratorio que requería ya que según refirió le fue informado por los médicos tratantes que el personal de laboratorio no labora los fines de semana; además de que a la fecha de su queja no se le había determinado diagnóstico alguno y, por ende, no recibió el tratamiento oportuno; además de que V1 no fue revisado frecuentemente y no les dieron a los familiares las indicaciones de cuidados que requería.

6. Asimismo señaló que, como consecuencia de la negligencia médica, V1 perdió la vida el día 17 de mayo de 2018, señalándose en el certificado de defunción como hora

de la muerte las 13:40 y como causas choque cardiogénico, insuficiencia cardiaca aguda y taquicardia supraventricular.

7. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente CNDH/4/2018/4327/Q; para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de V1, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja de fecha 14 de mayo de 2018, presentado por V2 ante este Organismo Nacional, en la que relató irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona 194.

9. Acta circunstanciada de fecha 31 de mayo de 2018, en la que se hizo constar que V2 amplió su queja por el fallecimiento de V1 pidiendo se investigara la probable negligencia médica en el tratamiento que se le proporcionó en el Hospital General de Zona 194.

10. Oficio 095217614C21/1607 de fecha 11 de julio de 2018, suscrito por la Jefa de Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a través del cual remitió lo siguiente:

10.1. Oficio 16 0102200200/000437/2018 de fecha 2 de julio de 2018, emitido por el Director del Hospital General de Zona 194, en el cual anexó:

10.1.1. Resumen médico de fecha 2 de julio de 2017, respecto de la atención brindada a V1 en el Hospital General de Zona 194.

11. Oficio 095217614C21/1695 de fecha 2 de agosto de 2018, suscrito por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a través del cual envió copia del expediente clínico integrado por la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de Zona 194, del cual destacan las siguientes:

11.1. Nota de evolución urgencias adultos turno vespertino de las 17:00 horas del 21 de abril de 2018, en la cual SP señaló que V1 al interrogatorio refirió coluria (orina oscura) y acolia (decoloración de heces).

11.2. Nota médica de las 08:00 horas del 26 de abril de 2018, realizada por AR1, en la que reportó a V1 con persistencia de ataque al estado general odinofagia.

11.3. Nota médica de las 08:10 horas del 26 de abril de 2018, emitida por AR1, en la que señaló que V1 pasa a observación.

11.4. Nota médica de las 17:02 horas del 26 de abril de 2018, en la cual AR2, reportó a V1 grave, pasa a observación adultos, ingreso a piso de medicina interna e indicó suministrar, entre otros, diclofenaco (antiinflamatorio no esteroideo) y ciprofloxacino.

11.5. Nota de evolución nocturna de las 01:00 horas del 27 de abril de 2018, suscrita por AR3, en la que se reportó como diagnóstico de V1 “pérdida ponderal en estudio y esteatosis hepática”.

11.6. Nota de indicaciones médicas de las 00:55 horas del 27 de abril de 2018, signada por AR3, en la cual señaló continuar con el mismo tratamiento y pase al área de medicina interna.

11.7. Notas de indicaciones médicas de las 10:20 y 09:35 horas del 28 y 29 de abril de 2018, suscritas por AR4, en la cuales indicó los medicamentos a suministrar para V1.

11.8. Notas médicas de evolución JA de las 17:30 horas del 28 y 29 (sin hora) de abril de 2018, en las cuales AR4, reportó como diagnósticos de V1, “síndrome febril en estudio, lesión renal aguda, urosepsis y probable hepatopatía”, urgente ingreso a piso para protocolo de estudio.

11.9. Nota médica de las 11:15 horas del 30 de abril de 2018, suscrita AR1, en la que se reportó que V1 continuaba pendiente de ser ingresado al Servicio de Medicina Interna para continuar con el protocolo de estudio correspondiente.

11.10. Estudios de laboratorio de las 01:35 horas del 1° de mayo de 2018, practicados a V1, en los que se reporta con “alaninaminotransferasa 90 (normal 10-40) y aspartatoaminotransferasa 159 (normal 10-42)”.

11.11. Nota de evolución matutina de las 12:02 horas del 1° de mayo de 2018, suscrita por AR5, en la que reportó que V1 presentaba los diagnósticos de “insuficiencia hepática” misma que estaba en estudio e infección de vías urinarias en tratamiento, solicitó estudios laboratoriales, continuar con el mismo manejo médico, estableciendo pronóstico reservado sin estar exento de complicaciones.

11.12. Historia clínica de V1 de 2 de mayo de 2018, en la que se señaló como padecimiento, “dificultad para masticar alimentos secundario a aparición de úlceras en carrillos y en partes laterales de la lengua, anorexia, astenia adinamia y pérdida ponderal no cuantificada, y diagnóstico de insuficiencia hepática aguda”.

11.13. Nota de indicaciones médicas de las 09:15 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR5, en la que señaló los medicamentos que debían suministrarse a V1.

11.14. Nota de evolución turno matutino de las 12:00 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR5, en la que reportó las condiciones de V1 y solicitó radiografía de tórax para descartar patología pulmonar obstructiva.

11.15. Nota de evolución vespertina de las 15:46 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR2, en la cual se refiere 85% de saturación de V1 y Glasgow 15 puntos (escala de evaluación cuantitativa del estado de conciencia), con diagnóstico de insuficiencia hepática por estadificar, urosepsis en tratamiento y descartar enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada.

11.16. Nota de indicaciones médicas de las 15:46 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR2, en la cual indicó el medicamento que debía suministrársele a V1; con reporte grave, así como ingreso a piso por medicina interna.

11.17. Nota de ingreso a medicina interna de las 18:20 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR6, en la que reportó la situación de salud de V1 con el diagnóstico de hepatitis aguda.

11.18. Nota de indicaciones médicas de las 21:00 horas del 2 de mayo de 2018, suscrita por AR7, en la cual indicó el medicamento a suministrar a V1.

11.19. Nota de medicina interna de las 10:30 horas del 3 de mayo de 2018, suscrita por AR8, en la cual reportó a V1 con diagnósticos de insuficiencia hepática, infección urinaria e inmunosupresión, probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica, poliglobulia secundaria en remisión.

11.20. Nota médica del 3 de mayo de 2018, (sin hora), suscrita por AR8, en la que indicó para V1 serología (estudio de anticuerpos) viral para VIH, hepatitis B y C.

11.21. Resultados de laboratorio de las 09:13 horas del 3 de mayo de 2018, realizados a V1.

11.22. Nota de medicina interna evolución de las 11:28 horas del 4 de mayo de 2018, suscrita AR8, en la que reportó a V1 con “diagnóstico de esteatohepatitis, inmunosupresión, infección urinaria, respiratoria y síndrome febril”; solicitó cultivo BAAR en expectoración (prueba diagnóstica para pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar) así como exudado faríngeo con antibiograma, informando de manera verbal el laboratorio que no se podían hacer cultivos por falta de material y que debían solicitarse hasta el próximo lunes, por lo que ordenó continuar con el protocolo de estudio.

11.23. Nota de indicaciones médicas del 4 de mayo de 2018, signada por AR8, en la que indicó como cuidados generales mascarilla facial con FiO2 al 60%, cultivo de BAAR en expectoración.

11.24. Notas de medicina interna JA de las 12:35 y 12:30 del 5 y 6 de mayo de 2018, suscritas por AR9, en las que reportó a V1 con desaturación de oxígeno en sangre hasta de 78% sin el oxígeno suplementario, delicado con pronóstico reservado a evolución e indicó continuar con manejo establecido y protocolo de estudio.

11.25. Notas de indicaciones médicas del 5 y 6 de mayo de 2018, suscritas por AR9, en las que indicó los medicamentos que debían suministrar a V1, así como las medidas generales.

11.26. Nota de evolución matutina de medicina interna del 7 de mayo de 2018, (sin hora) suscrita por AR10, en la cual señaló que solicitó para V1 enzimas cardíacas y rayos x de tórax.

11.27. Nota de indicaciones médicas del 7 de mayo de 2018, suscrita por AR10, en la cual señaló el plan de manejo para V1.

11.28. Nota médica de las 20:20 horas del 7 de mayo de 2018, suscrita por AR11 (sin nombre del médico de la realizó), en la cual señaló el plan de manejo para V1.

11.29. Nota de medicina interna de las 20:30 horas del 7 de mayo de 2018, suscrita por AR11 (sin nombre del médico), en la que señaló que V1 presentó desaturación del 40%.

11.30. Nota de evolución medicina interna de las 11:09 horas del 8 de mayo de 2018, suscrita por AR8, en la que reportó a V1 con evento de insuficiencia respiratoria que ameritó intubación orotraqueal y ventilación mecánica asistida.

11.31. Nota de indicaciones médicas del 8 de mayo de 2018, elaborada por AR8, en la que señaló que se solicitaría para V1 urocultivo y gasometría.

11.32. Electrocardiograma realizado a las 10:34 horas del 9 de mayo de 2018 a V1.

11.33. Nota de evolución y gravedad de las 11:33 horas del 9 de mayo de 2018, suscrita por AR8, en la que reportó que V1 presentó como diagnóstico probable lupus sistémico activo con afectación hepática pulmonar y renal.

11.34. Nota de indicaciones médicas de 9 de mayo de 2018, suscrita por AR8.

11.35. Nota de evolución turno nocturno de las 01:00 horas del 10 de mayo de 2018, suscrita por AR7, en la que indicó mal pronóstico a corto plazo para V1.

11.36. Nota de indicaciones médicas del 10 de mayo de 2018, signada por AR12 (sin nombre del médico que la emitió), en la que señaló las indicaciones médicas de V1, e indicó interconsulta de terapia intensiva.

11.37. Nota medica de evolución matutina de las 09:45 horas del 10 de mayo de 2018, realizada por AR13 (sin nombre y firma del médico), en la que señaló que V1 persistió hipotenso 95/59, presencia de derrame pleural, indicando rayos x de tórax.

11.38. Nota de medicina interna evolución de las 09:50 horas del 11 de mayo de 2018, signada por AR8, en la que señaló que V1 continuaba con hipotensión.

11.39. Nota de indicaciones médicas del 11 de mayo de 2018, suscrita AR8, en la que señaló el suministro de medicamentos a V1.

11.40. Nota de evolución turno nocturno de las 01:00 horas del 12 de mayo de 2018, signada por AR7, en la que reportó a V1 con evolución estacionaria y continuar con manejo establecido sin posibilidad de suspender sedación.

11.41. Nota de indicaciones de medicina interna del 12 de mayo de 2018, suscrita por AR14, en la que indicó para V1 dextrostix con esquema de insulina, imipenem (antibiótico de amplio espectro) y cuantificar uresis por turno.

11.42. Notas de evolución medicina interna en jornada acumulada de las 10:00 horas de los días 12 y 13 de mayo de 2018, suscritas por AR14, en las que reportó a V1 con estatus de apoyo ventilatorio mecánico, infección de vías respiratorias bajas, infección de trato urinario, síndrome consuntivo, falla hepática y estado de inmunosupresión por sospecha de infección por virus de inmunodeficiencia humana, a descartar reumatopatía y saturación al 89%.

11.43. Resultados de laboratorios de V1 de las 05:28, 11:31, 08:34, 17:14 y 12:29 horas del 13, 14, 15, 16 y 17 de mayo de 2018.

11.44. Electrocardiogramas de V1 (sin fecha y hora).

11.45. Nota de evolución matutina de medicina interna, sin hora, del 14 de mayo de 2018, suscrita por AR10, en la que estableció como diagnóstico de V1 insuficiencia hepática en estudio, esteatosis hepática e inmunosupresión.

11.46. Nota de indicaciones médicas del 14 de mayo de 2018, en la que AR10 estableció los medicamentos y medidas generales para V1.

11.47. Nota de evolución turno nocturno de las 01:00 horas del 15 de mayo de 2018, signada por AR7, en la cual señaló que V1 evolucionaba con hipotensión arterial persistente.

11.48. Nota de indicaciones médicas del 15 de mayo de 2018, en la que se establecieron los medicamentos a suministrar para V1, así como las medidas generales.

11.49. Nota de medicina interna evolución matutina de las 15:00 horas del 16 de mayo de 2018, signada por AR8, en la que señaló como diagnóstico de V1 inmunosupresión en estudio, probable enfermedad autoinmune, lesión hepática

aguda en remisión, insuficiencia respiratoria aguda corregida e infección urinaria en tratamiento.

11.50. Electrocardiograma practicado a V1 a las 19:56 horas del 16 de mayo de 2018.

11.51. Nota de evolución de medicina interna de las 20:15 horas del 16 de mayo de 2018, signada por AR6, en la que sugirió colocación de catéter a V1 y solicitó radiografía de tórax.

11.52. Nota de indicaciones médicas de 17 de mayo de 2018, suscrita por AR8, en la cual señaló los medicamentos y medidas generales para V1.

11.53. Nota de medicina interna revisión de las 11:13 horas del 17 de mayo de 2018, suscrita por AR8, en la cual indicó que V1 presentó evolución tórpida con deterioro funcional cardiopulmonar con dolor precordial y desaturación.

11.54. Certificado de Defunción emitido por la Secretaría de Salud, del que se desprende como fecha y hora de la muerte de V1, las 13:40 horas del 17 de mayo de 2018, además de señalar como causas de “defunción choque cardiogénico con intervalo de aproximación de 21 horas, insuficiencia cardiaca aguda con intervalo de aproximación de 1 día y taquicardia supraventricular con intervalo de aproximación de 1 día”.

12. Acta circunstanciada de fecha 26 de abril de 2019, en la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se comunicó con V2, en la que precisó que no acudió a ninguna otra instancia para demandar los hechos de la queja.

13. Oficio 095217614C21/1982 de fecha 29 de julio de 2019, suscrito por la jefa del Área de Atención a Quejas CNDH, en la que remitió un memorándum y el diverso 160102200200/000425/2019 de 8 y 15 de mayo de esa anualidad, respectivamente, en los que informó que se dio cumplimiento al resolutivo segundo del acuerdo emitido el 13 de febrero de ese mismo año por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente

del H. Consejo Técnico del IMSS, así como que se dio capacitación de derechos humanos al personal del Hospital General de Zona 194.

14. Oficio 095217614C21/206 de fecha 24 de enero de 2020, suscrito por la Jefa de Área de División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, a través del cual se envió la siguiente documentación:

14.1. Hoja de estudio de banco de sangre impresa el 9 de mayo de 2018, en la que se señaló como resultados de panel viral hepatitis B y C, así como virus de inmunodeficiencia humano “no reactivos”.

14.2. Informe de fecha 15 de septiembre de 2018 (sic), en el cual se estableció como diagnóstico histopatológico de V1, biopsias gástricas: gastritis crónica inactiva, no se observa helicobacter pylori, displasia, metaplasia ni atrofia en el material analizado.

14.3. Oficio 160102200200/00076/2020 de fecha 23 de enero de 2020, suscrito por la AR15, encargada de la Dirección del Hospital General de Zona 194 en el que expresó que V1 *“ingresó al Servicio de Urgencias el día 22 de Abril de 2018 ... En el expediente clínico con el que se cuenta de 159 Fojas ya enviadas ... no cuenta con la hoja de Atención del día de ingreso 22 de Abril de 2018...”*.

15. Opinión Médica de fecha 4 de marzo de 2020, elaborada por personal de este Organismo Nacional, de la que se desprende del capítulo de conclusiones *“PRIMERA: La atención médica brindada a (V1), masculino de 57 años ... en el Hospital General de Zona 194 del Instituto Mexicano del Seguro Social, fue inadecuada...”*.

16. Correo electrónico de fecha 18 de febrero de 2021, enviado por personal del IMSS a esta Comisión Nacional, a través del cual proporcionó copias de lo siguiente:

16.1. Acuerdo de fecha 13 de febrero de 2019 emitido en el Expediente 1 por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS en sentido procedente desde el punto de vista administrativo.

16.2 Oficio 095217614C20/0466 de fecha 14 de marzo de 2019 mediante el cual se notificó a V2 el acuerdo de 13 de febrero de ese año, respecto de la resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS dictada en el Expediente 1.

16.3. Oficio 160102200/000099/2021 de fecha 18 de febrero de 2021, a través del cual se envió el listado de las personas servidoras públicas que atendieron a V1 en el Hospital General de Zona 194.

17. Acta circunstanciada de 10 de junio de 2021, realizada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual hizo constar la llamada telefónica con V2, en la que señaló que sólo acudió al Órgano Interno de Control en el IMSS quien hasta esa fecha no había determinado el expediente.

18. Actas circunstanciadas del 4 de octubre de 2021 y 6 de abril de 2022, elaborada por este Organismo Nacional, en la cual hizo constar la llamada telefónica con personal del Órgano Interno de Control en el IMSS, en la que se solicitó información del Expediente 1, señalando la apertura del Expediente 2 y su conclusión en fecha 31 de octubre de 2019.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

19. El caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, mismo que el 13 de febrero de 2019 resolvió en el Expediente 1 que la queja es procedente desde el punto de vista administrativo, dando conocimiento de ello al Órgano Interno de Control quien apertura el Expediente 2, mismo que fue concluido y archivado el 31 de octubre de 2019 al no encontrar la existencia de elementos para sancionar a ninguna persona servidora pública por la falta de insumos.

20. V2 informó a esta Comisión Nacional que no interpuso ningún otro procedimiento en contra del personal médico del Hospital General de Zona 194 por la inadecuada atención médica que le proporcionaron a V1.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

21. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2018/4327/Q, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a 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, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 personal médico del Hospital General de Zona 194, en agravio de V1 persona mayor de 57 años.

22. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

23. 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 nivel¹.

24. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. En ese sentido es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista*

¹ CNDH. Recomendaciones: 44/2021, párrafo 35; 42/2021, párrafo 32; 39/2021, párrafo 62; 75/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas ...”².

25. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que la salud es *“un derecho humano 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”³.*

26. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

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”*.

28. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”* emitida en fecha 23 de abril de 2009 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 a la información), aceptabilidad y calidad.*

29. Además, *“Reconoció que la protección a la salud ... es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la*

² SCJN, Registro 167530.

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.

posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”. Igualmente se advirtió, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

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

31. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país⁴.

32. En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en todas las edades.

33. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que el personal médico del Hospital General de Zona 194, omitieron brindar la atención médica adecuada a V1 en su calidad de garantes, de conformidad con el artículo 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

⁴ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, 219/418.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE LE DIÓ EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194, DEL DÍA 21 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2018.

34. V2, hijo de V1, refirió que su padre ingresó al Hospital General de Zona 194 un mes previo a la presentación de su queja, esto es aproximadamente, el 14 de abril de 2018, en la cual precisó que la atención médica que le otorgaron los médicos de dicho nosocomio fue inadecuada.

35. Sin embargo, la primera valoración de V1 que consta en el expediente clínico es de las 17:00 horas del 21 de abril de 2018, con antecedente de importancia de “... *preinfarto hace 15 (sic) fue tratado, ... desconoce que tratamiento se le dio...*”, quirúrgicos y transfusionales hacía 50 años por cirugía de pie zambo bilateral⁵, negando padecimientos crónico-degenerativos. Diagnóstico médico de pérdida ponderal en estudio, probable tumoración hepática contra hepatopatía viral, refiriendo V1 coluria y acolia (coloración oscura de la orina/falta de pigmentos biliares en las heces que se traduce en heces blancas).

36. Ahora bien, cabe mencionar que desde que ingresó V1 al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona 194 hasta el 25 de abril de 2018, la atención médica que se le brindó fue adecuada de acuerdo con su sintomatología que presentaba y los resultados paraclínicos⁶, tal como se determinó en la Opinión Médica realizada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se señaló que los médicos que lo atendieron en esas fechas actuaron de conformidad con lo dispuesto en los artículos 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales establecen que “...*La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica...*” y que “...*Los médicos del Instituto serán directa e individualmente*

⁵ Enfermedad congénita por deformación tridimensional del pie en la que las estructuras óseas se encuentran alteradas en su forma y en la orientación de sus carillas articulares.

⁶ Los exámenes paraclínicos son pruebas de apoyo diagnóstico que contribuyen a la toma de decisiones y evaluación de resultados por parte del médico.

responsable ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atienda en su jornada de labores...”. Igualmente observaron y aplicaron lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia hepática crónica.

37. Continuando con la atención médica de V1, el 26 de abril de 2018 AR1 lo reportó con persistencia de ataque al estado general, dolor de garganta al pasar alimentos, agua o saliva (odinofagia), hemodinámicamente estable, signos vitales en parámetros normales, sin cambios en la exploración física. Agregando AR2 en esa fecha al manejo establecido, antibiótico (ciprofloxacino) y antiinflamatorio no esteroideo (diclofenaco).

38. El 27 de abril de 2018, AR3 lo refirió con los diagnósticos de *“pérdida ponderal en estudio y esteatosis hepática”* (hígado graso), a la exploración física en camilla, signos vitales en parámetros normales y temperatura 36°C, con ataque al estado general, *“anorexia”*, consciente, orientado, funciones mentales superiores conservadas, campos pulmonares ventilados, precordio rítmico, abdomen globoso, depresible, no doloroso, peristalsis presente, miembros inferiores sin edema, pulsos presentes, llenado capilar inmediato; encontrándose pendiente su ingreso al Servicio de Medicina Interna para protocolo de estudio, continuando con manejo establecido. Al respecto en la literatura médica especializada señalada en la Opinión Médica por especialistas de esta Comisión Nacional, se menciona que la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, establece: ... La insuficiencia hepática temprana compensada puede ser asintomática (40%) o manifestarse con datos inespecíficos como: anorexia ... Las pruebas de laboratorio incluyen: biometría hemática (BH), pruebas de coagulación, química sanguínea, ultrasonido abdominal y Doppler y pruebas de funcionamiento hepático (PGH)...”*.

39. El 28 y 29 de abril de 2018, AR4 reportó a V1 con los diagnósticos de síndrome febril en estudio (temperatura), lesión renal aguda, urosepsis (síndrome séptico relacionado con infección del tracto urinario) y probable hepatopatía⁷, hemodinámicamente estable con signos vitales en parámetros normales, a la exploración física lo encontró orientado, cooperador, no focaliza, aftas en lengua y

⁷ Enfermedad del hígado.

mucosa oral, campos pulmonares ventilados sin agregados, precordio rítmico, ruidos cardiacos de buen tono en intensidad, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, uresis (orina) espontánea, reportándolo con pronóstico reservado a evolución, indicando su ingreso al Servicio de Medicina Interna para continuar protocolo de estudio.

40. A las 11:15 horas del 30 de abril de 2018, AR1 lo reportó afebril con persistencia de odinofagia, en espera de ingreso al Servicio de Medicina Interna; y a las 12:02 horas del 1° de mayo de 2018, AR5 reportó a V1 con los diagnósticos de insuficiencia hepática en estudio e infección de vías urinarias en tratamiento, refiriendo odinofagia (dolor al pasar alimentos), a la exploración física con signos vitales dentro de parámetros normales, activo, reactivo, íntegro neurológicamente, pupilas isocóricas, normorreflécticas, mucosas y tegumentos con regular hidratación, úlceras orales, no activas, faringe hiperémica sin datos de secreción, precordio dinámico (región anterior y media de la pared torácica), ruidos cardíacos adecuados, campos pulmonares con adecuada ventilación sin integrar síndromes pleuropulmonares, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras, solicitando actualización de laboratoriales y continuar con mismo manejo, estableciendo pronóstico reservado sin estar exento de complicaciones, reportando más tarde biometría hemática y química sanguínea en parámetros normales, transaminasas con notable descenso, bilirrubinas normales, alanina aminotransferasa 90 (normal 10-40), aspartato aminotransferasa 159 (normal 10-42) y tiempos de coagulación en parámetros normales.

41. Al respecto en la Opinión Médica elaborada por expertas de esta Comisión Nacional, se menciona que *“La literatura médica especializada refiere que para el estudio de las hepatopatías se incluyen varios parámetros bioquímicos de función hepática como son la aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa⁸, gammaglutamitranspeptidasa⁹, fosfatasa alcalina, bilirrubina, albúmina y actividad de protrombina. Unos resultados normales no excluyen con total seguridad la existencia de patología hepática... una adecuada interpretación de los resultados debe ir siempre*

⁸ Es una enzima que se encuentra principalmente en el hígado.

⁹ Es una enzima hepática.

precedida de una rigurosa historia clínica, realizando especial hincapié en potenciales factores de riesgo sexual o parenteral... existencia de enfermedades concomitantes y consumo de alcohol, fármacos o productos herboristería. En aquellos casos en los que encontremos datos clínicos que oriente hacia una determinada patología concreta se realizarán los test serológicos y pruebas complementarias que permitan confirmar dicho diagnóstico”.

42. Siendo las 12:00 horas del día 2 de mayo de 2018, AR5 reportó a V1 hemodinámicamente estable, con signos vitales en parámetros normales, tensión arterial 102/65, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 37.5°C, saturación de oxígeno de hasta 77%, y solicitó radiografía de tórax para descartar patología pulmonar obstructiva.

43. A las 15:46 horas del 2 de mayo de 2018, AR2 estableció como diagnósticos de V1, insuficiencia hepática por estadificar, urosepsis en tratamiento, descartar enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada, refiriendo disnea de medianos esfuerzos, tos esporádica y odinofagia, a la exploración física icterico (color amarillo de la piel por aumento de concentración de la bilirrubina en la sangre), despierto, reactivo, orientado con datos de dificultad respiratoria moderada, cuello normal, campos pulmonares con escasas sibilancias (sonido chillón), ruidos cardíacos rítmicos, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin acrocianosis (coloración azulada de las extremidades por alteraciones cardiovasculares), Glasgow 15 puntos, saturación del 85%.

44. Asimismo, AR2 señaló que V1 refirió como antecedente “... *tabaquismo por varios años...*” indicando manejo con broncodilatadores; además, mencionó en la nota médica que V1 por el momento no presentaba datos de encefalopatía, estableciendo su estado de salud grave con pronóstico reservado a evolución.

45. Indicando AR2 y AR5 el ingreso de V1 al Servicio de Medicina Interna, agregando AR2 al manejo establecido oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto, broncodilatadores (teofilina).

46. De lo anterior, en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se estableció que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron indicar estudios de laboratorio y gabinete como parte del protocolo de estudio, tales como radiografía y/o tomografía axial computarizada de tórax, lo cual incumple con los citados artículos 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

47. A las 18:20 horas del 2 de mayo de 2018, diez días posteriores a su entrada al área de urgencias, V1 ingresó al Servicio de Medicina Interna, en donde fue atendido por AR6, quien señaló que V1 refirió como antecedentes tabaquismo positivo durante 20 años a razón de 3-4 cigarros por día, alcoholismo positivo una vez a la semana, toxicomanías negadas y negó enfermedades crónicas.

48. AR6 agregó que V1 señaló que el inicio de padecimiento *“actual”* fue *“...hace un mes con aftas en la boca con expectoración con sangre con dolor en las (ilegible) en las extremidades motivo por el cual acude al servicio de urgencias...”*.

49. A la exploración física de V1, AR6 lo reportó con signos vitales en parámetros normales, activo, reactivo, palidez de tegumentos, mal hidratado, campos pulmonares hipoventilados, ruidos cardiacos rítmicos de bajo tono e intensidad, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, extremidades con mal llenado capilar, sin edema.

50. Además, AR6 señaló que los laboratoriales de V1 reportaron biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación en parámetros normales y transaminasas elevadas, ultrasonido hepático de 23 de abril de 2018 con esteatosis hepática, estableciendo el diagnóstico de hepatitis aguda.

51. De lo anterior, las expertas médicas adscritas a esta Comisión Nacional advirtieron que AR6 omitió solicitar pruebas confirmatorias tales como radiografía y/o tomografía axial computarizada de tórax, para determinar la etiología de las alteraciones hepáticas cursando con transaminasas elevadas y pulmonares, habiendo transcurrido diez días de su ingreso al citado nosocomio, por lo que incumplió con el artículo 9 del

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

52. A las 10:30 horas del 3 de mayo de 2018, V1 fue revisado por AR8 medica adscrita al Servicio de Medicina Interna, quien lo reportó con diagnóstico de insuficiencia hepática, infección urinaria e inmunosupresión, probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica, poliglobulia (aumento de glóbulos rojos de la sangre) secundaria en remisión.

53. Asimismo, AR8 señaló que V1 refirió dificultad para comer por dolor oral y retrofaríngeo, a la exploración física lo encontró con signos vitales en parámetros normales, alerta, orientado, leve cianosis labial a la movilidad, cavidad oral con úlceras en dorso de lengua saburral, cuello sin ingurgitación yugular, campos pulmonares con estertores subcrepitantes bibasales de predominio izquierdo sin espasmo, abdomen blando, globoso a expensa de panículo adiposo, no doloroso, peristalsis normal sin delimitar presencia de masas, extremidades sin edema, reportando radiografía de tórax con “... *infiltrado intersticial de predominio bilateral, posiblemente por fibrosis...*”.

54. Indicando como plan de manejo complementación diagnóstica, así como, oxígeno por puntas nasales, además de serología viral para VIH, hepatitis B y C, urocultivo, exudado faríngeo con cultivo, gasometría arterial y lípidos séricos.

55. Continuando con la atención médica de V1 a las 11:28 horas del 4 de mayo de 2018, AR8 lo reportó con diagnóstico de esteatohepatitis, inmunosupresión, infección urinaria, respiratoria y síndrome febril, refirió expectoración hemoptoica¹⁰ y fiebre el día anterior.

56. AR8 solicitó “... *cultivo baar y expectoración así como exudado faríngeo con antibiograma, me informa verbalmente laboratorio que no puede hacer cultivos hoy por falta de material... y que se soliciten hasta el próximo lunes...*”.

¹⁰ Secreción con sangre.

57. Al continuar AR8 con el protocolo de estudio señaló que no descartaba tuberculosis pulmonar, aunque la imagen radiológica no apoyo el diagnóstico; asimismo los resultados de laboratorio de 4 de mayo de 2018 arrojaron colesterol total 132 (normal 60-220) y triglicéridos 236 (normal 0-200), reportándolo muy delicado a los familiares con pronóstico reservado.

58. Al respecto las expertas médicas adscritas a esta Comisión Nacional en referida Opinión Médica señalaron que AR8 omitió solicitar complementación diagnóstica con tomografía axial computarizada de tórax y hemocultivo en busca de la etiología pulmonar, incumpliendo con lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como con la literatura médica especializada.

59. A las 12:35 y 12:30 horas de los días 5 y 6 de mayo de 2018, AR9 médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, reportó a V1 como hemodinámicamente estable con signos vitales en parámetros normales, glucemia capilar 180 mg/dl, neurológicamente alerta, no focalizado, funciones mentales conservadas.

60. Igualmente señaló que V1 estaba hidratado, con ruidos cardíacos rítmicos sin S3 ni S4¹¹, campos pulmonares con hipoaereación generalizada, sin sibilancias con estertores subcrepitantes¹², sin integrar síndrome pleuropulmonar¹³, abdomen con peristalsis normal sin datos de irritación peritoneal, miembros inferiores con leve edema distal, presentando desaturaciones de oxígeno en sangre hasta 78% sin el oxígeno suplementario, reportándolo delicado con pronóstico reservado a evolución, indicando continuar con manejo establecido y protocolo de estudio.

¹¹ Los ruidos cardíacos son sonidos breves y transitorios producidos por la apertura y el cierre de las válvulas; se dividen en sistólicos (en estos se encuentra el S1) y diastólicos (entre ellos el S4).

¹² Estertor subcrepitante: estertor húmedo de burbujas de distinto tamaño que se percibe en ambos tiempos de la respiración y que se observa cuando los bronquios están obstruidos por un líquido, moco, sangre o pus. Producido por la rotura de burbujas viscosas en los bronquios finos.

¹³ Son una serie de complejos sindrómicos que afectan al sistema respiratorio bajo (entre los bronquios principales y los alvéolos pulmonares) y que comparten dos síntomas cardinales: tos y dificultad respiratoria.

61. De lo anterior en la Opinión Médica este Organismo Nacional señaló que AR9 omitió investigar la causa de la desaturación de oxígeno, indicando estudios de laboratorio y gabinete complementarios, por lo que incumplió con lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como con el numeral 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

62. El 7 de mayo de 2018, AR10 estableció en su nota médica de evolución matutina de medicina interna como diagnóstico de V1 insuficiencia hepática en estudio e infección de vías urinarias en tratamiento, también estableció que *“... Durante el paso de visita el paciente refiere dolor precordial así como dificultad respiratoria por lo que se inicia manejo para angina en agudo con Verapamilo (medicamento para tratar presión alta y controlar dolor en el pecho) por presencia de Taquicardia sinusal, Ácido acetilsalicílico, Isosorbide sublingual 2.5 mg, Nitroparche, Diazepam, Enoxaparina, se realiza EKG (electrocardiograma) mostrando taquicardia sinusal.*

63. Además indicó que *“Posteriormente se agrega Furosemide e Imipenem, suspendiendo ciprofloxacino, se solicitan enzimas cardiacas... Durante pase de visita c/signos vitales de TA (tensión arterial) 123/71, FC (frecuencia cardiaca) 135x´, FR (frecuencia respiratoria) 24x´, SO2 (oxigenación) 67%, Temp 37°C ... A las 11:02 hrs se muestran los ... signos vitales TA 105/70 mmHg, FC 126x´, SO2 100%, Temp 37° C... Paciente refiere actualmente disminución del dolor, así como mejoría respiratoria...”.*

64. AR10 también señaló que a la exploración física V1 se encontraba *“despierto, orientado, consciente, con adecuado estado de hidratación, adecuada coloración de tegumentos, ruidos cardiacos de buena intensidad sin soplos c/ FC 124x´, área pulmonar c/ estertores bilaterales, abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, peristalsis normoactiva, extremidades íntegras sin edemas c/ cianosis distal, llenado capilar inmediato, pulsos pedios presentes... Paciente a quien se solicitan enzimas cardiacas, electro 1 hr después de tomar el primero, Rx de Tórax, Gasometría arterial...”.*

65. Indicando AR10 como plan de manejo para V1, antiagregante plaquetario (ácido acetilsalicílico 300 mg vía oral dosis única), vasodilatador (isosorbide 2.5 mg sublingual dosis única), bloqueador de los canales de calcio (verapamilo 80 mg vía oral dosis única), benzodiacepina (diazepam 5 mg intravenosos dosis única), antitrombótico (enoxaparina 40 mg subcutánea), antihipertensivo (metoprolol 100 mg vía oral cada 12 horas), diurético (furosemide 40 mg intravenoso cada 12 horas), antibiótico de amplio espectro (imipenem), resto sin cambios.

66. A las 20:30 horas del 7 de mayo de 2018, AR11 señaló que V1 presentó desaturación del 40%, siendo necesaria, previa firma de autorización de familiar, la intubación orotraqueal con administración de sedante y relajante muscular (midazolam/vecuronio) al primer intento sin complicaciones, estableciendo el estado de salud muy grave con alto riesgo de fallecer.

67. De lo que antecede, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se señaló que AR10 desestimó la presencia de sintomatología coronaria, si bien es cierto que le proporcionó manejo farmacológico inmediato, también lo es que, omitió indicar monitorización cardíaca continua, solicitar enzimas cardíacas seriadas al inicio de los síntomas y a las seis horas, mismas que no se encuentran anexadas en el expediente clínico de queja, así también el registro electrocardiográfico inicial.

68. Igualmente en la mencionada Opinión Médica se observó que AR10 omitió solicitar su valoración por cardiología e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, ante la inestabilidad hemodinámica, riesgo coronario y aumento de la morbilidad que presentaba V1, por lo que incumplió con lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y con el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

69. Además, se señaló que AR10 dejó de observar lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST¹⁴.

70. Ahora bien, continuando con la atención médica que se le dio a V1 en el Hospital General de Zona 194, a las 11:09 horas del día 8 de mayo de 2018 fue valorado por AR8 quien en la nota de evolución medicina interna lo reportó con evolución tórpida posterior a evento de insuficiencia respiratoria aguda y desaturación que ameritó intubación orotraqueal y ventilación mecánica asistida, bajo sedación con signos vitales alterados, hipotenso con tensión arterial de 86/51, taquicárdico con frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto y temperatura de 36.5°C, cuello sin ingurgitación yugular, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin rudeza o broncoespasmo, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, globoso a expensas de panículo adiposo moderado, sin datos de irritación peritoneal, fuerza muscular no valorable, sin edema periférico, refiriendo el familiar que presentó hematuria (sangre en la orina), descartándose al cambio de sonda, solicitando urocultivo y envió muestras para descartar VIH (mismo que posteriormente reportó no reactivos).

¹⁴ “...La angina inestable y el infarto del miocardio sin desnivel positivo del ST, se caracterizan por presencia de dolor precordial opresivo en 90% de los casos, además pueden presentar la molestia en la mandíbula, cuello, brazo izquierdo, espalda o en epigastrio. Se ha reportado como equivalentes de angina de pecho la disnea inexplicable o fatiga extrema. Generalmente el paciente con angina inestable tiene dolor precordial que dura de 5 a 20 minutos y se puede disminuir con nitratos sublinguales. Cuando el dolor precordial tipo opresivo dura más de 20 minutos es una angina prolongada o un infarto con desnivel negativo o desnivel positivo del segmento ST en el electrocardiograma... En todos los pacientes con malestar, dolor precordial, equivalente anginoso u otro síntoma sugestivo de síndrome coronario agudo es necesario tomar un electrocardiograma de 12 derivaciones. Los biomarcadores troponina T o I son los preferidos como marcador de lesión miocárdica ya que son más sensibles y específicos comparados con la creatinfosfokinasa CPK o con su isoenzima MB (CK-MB). Las troponinas elevadas incrementan el riesgo de evento miocárdico y más si se agregan los antecedentes del paciente y/o los hallazgos electrocardiográficos, ya que identifican al paciente con actividad inflamatoria coronaria y seleccionan al paciente que amerita tratamiento médico. Las troponinas, posterior a un daño miocárdico (infarto) empiezan a elevarse después de 3-4 horas, con elevación máxima en sangre a las 8-12 horas y pueden persistir elevadas entre 5 a 14 días... Se recomienda medir biomarcadores cardiacos en todos los pacientes con dolor o malestar precordial sugestivo de isquemia miocárdica o con posible síndrome coronario agudo. Debe tomarse a la brevedad posible troponina I o T cuantitativa o CPK-MB y tener los resultados en un máximo de 60 minutos. El estudio debe repetirse después de 6 a 12 horas del primer examen negativo. Es recomendable volver a medir niveles de biomarcadores a intervalos de 6 a 8 hora por lo menos 2 a 3 veces o hasta que los niveles alcancen su pico máximo, como un índice del tamaño del infarto y dinámica de daño por necrosis cuando estos son positivos... Para determinar el riesgo se recomienda incluir los siguientes antecedentes: edad, infarto, intervención coronaria percutánea o cirugía previa, exploración física (presión arterial y frecuencia cardiaca), electrocardiograma de 12 derivaciones (patrones de isquemia), pruebas de laboratorio (troponina I o T, creatinina, glucosa y hemoglobina) ...La admisión a una unidad de cuidados coronarios se recomienda para aquellos casos con isquemia activa o inestabilidad eléctrica o hemodinámica...”.

71. Se indicó como plan de manejo para V1, ayuno, soluciones parenterales en carga y calculadas, sedante (midazolam), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), antimicótico (fluconazol), doble esquema antimicrobiano (ciprofloxacino/clindamicina), diurético (furosemide), anticoagulante (enoxaparina) cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, ventilador en parámetros establecidos, posición semifowler, solicitando AR8 control de líquidos, urocultivo y gasometría.

72. Señalando al respecto las especialistas médicas adscritas a esta Comisión Nacional en la Opinión Médica, que AR8 omitió realizar monitorización cardiaca continua, solicitar valoración por cardiología y/o Unidad de Cuidados Intensivos, debido a que cursaba con estado de choque, lo cual incumple con lo ya señalado de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST, así como con lo dispuesto por los artículos 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

73. Ahora bien, V1 continuó siendo atendido por AR8, quien a las 11:33 horas del 9 de mayo de 2018 lo reportó con los diagnósticos de probable lupus sistémico activo con afectación hepática, pulmonar y renal, señalando *“inmunosupresión en estudio”*.

74. Igualmente, AR8 estableció que a la exploración física V1 se encontraba bajo sedación, acoplado al ventilador, desaturando hasta el 83%, taquicárdico con 140 latidos por minuto e hipotenso (tensión arterial 88/61), cánula traqueal permeable, cuello sin ingurgitación yugular, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin rudeza respiratoria, sin integrar síndrome clínico pleuropulmonar, ruidos cardiacos rítmicos aumentados en intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible no doloroso con peristalsis audible.

75. Además indicó que la pareja de V1 manifestó *“... desde dic 17 presentó infecciones respiratorias altas disfagia y úlceras orales con automedicación no especificada y enjuagues orales con mejoría parcial, en el mes de febrero 18 nuevamente presenta úlceras orales agregándose astenia adinamia, fatiga, falta de fuerza muscular,*

debilidad, disfagia y pérdida de peso atribuida a menor ingesta calórica, rehusando acudir a atención médica hasta el día 23 de abril con sintomatología mencionada además de antecedente de fiebre no cuantificada...”.

76. AR8 estableció que había discreta elevación enzimática cpk (enzima llamada creatinina-fosfoquinasa) y fracción mb (de origen cardíaco), iniciando manejo antiisquémico e indicó que el electrocardiograma (ECG) practicado el 9 de mayo de 2018 a V1 muestra ondas “Q en V1 y V2” lo que sugería necrosis aguda, encontrándose fuera de tratamiento antitrombótico debido a que habían transcurrido 48 horas de presentación de la sintomatología “... ante sospecha de afectación orgánica múltiple indicó pulsos de metilprednisolona, se ajustan soluciones y continuamos con tratamiento antiisquémico...”, reportándose muy grave con pronóstico incierto.

77. Indicando como plan de manejo ayuno, soluciones parenterales calculadas con sedante (midazolam), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), antimicótico (fluconazol), doble esquema antimicrobiano (ciprofloxacino/clindamicina), diurético (furosemida), anticoagulante (enoxaparina), antihipertensivo (metoprolol), esteroide (metilprednisolona, antiagregante plaquetario (ácido acetilsalicílico), parche cutáneo de nitroglicerina, opioide (buprenorfina), vasodilatador (isosorbida), cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, ventilador con parámetros establecidos, semifowler, urocultivo, cuidados de sonda Foley y control de líquidos.

78. Observando de lo anterior esta Comisión Nacional, de acuerdo con la Opinión Médica que emitió, que AR8 omitió indicar monitorización cardíaca continua debido a la persistencia de la taquicardia e hipotensión, así como solicitar valoración por el Servicio de Cardiología y/o Unidad de Cuidados Intensivos debido a la evolución tórpida que presentaba; así como solicitar pruebas de laboratorio complementarias, ya que indicó como diagnóstico “probable lupus sistémico activo con afectación hepática, pulmonar y renal, inmunosupresión en estudio”, no contando con su confirmación ni valoración por la respectiva especialidad.

79. Por lo que nuevamente incumplió con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica en su

artículo 9, y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST.

80. Posteriormente, esto es a las 01:00 horas del 10 de mayo de 2018, AR7 revisó a V1 y lo reportó en la nota de evolución turno nocturno, con los diagnósticos referidos, hipotenso (tensión arterial 83/47), taquicárdico (frecuencia cardíaca 96x'), temperatura 37.5° C, saturación de oxígeno 96%, bajo sedación, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares hipoventilados, abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, peristalsis presente, edema de extremidades.

81. Indicando carga de solución (coloide) para mejorar tensión arterial y ajuste de sedante, reportando AR7 a V1 grave con pronóstico malo a corto plazo, lo cual fue informado a sus familiares. En la misma fecha, esto es el 10 de mayo de 2018, AR12 agregó al manejo establecido, actualización de laboratoriales de control e interconsulta por el Servicio de Terapia Intensiva.

82. Siendo las 09:45 horas del 10 de mayo de 2018, V1 fue revisado por AR13, quien en la nota de evolución matutina reportó que permanecía hipotenso 95/59, con pulmón derecho con murmullo vesicular abolido, sugiriendo la presencia de derrame pleural, indicando radiografía de tórax, suspender diurético y parche de nitroglicerina, solicitar laboratoriales de control e interconsulta a terapia intensiva. Posteriormente a las 20:15 horas, AR6 registró que V1 persistió en hipotensión, sugiriendo colocación de catéter central para uso de aminos y solicitó radiografía de tórax.

83. De lo anterior, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se señaló que AR7 y AR6 desestimaron brindar manejo médico idóneo a las complicaciones derivadas de su deteriorado estado de salud, sin contar con estudios de gabinete básico para su complementación diagnóstica, así como la monitorización cardíaca continua y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, como lo establece la mencionada Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST.

84. Asimismo incumplieron con lo dispuesto por el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

85. A las 09:50 horas del 11 de mayo de 2018, AR8 revisó a V1 y lo reportó con tendencia a la hipotensión (90/60), señalando que no ameritaba cambios en el manejo médico, requiriendo vigilancia estrecha; además mencionó que no estaba exento de presentar mayores complicaciones por lo que informó a los familiares.

86. Al respecto esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que AR8 omitió brindar a V1 manejo médico al estado de choque que presentaba y solicitar su ingreso inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos, tal como lo establece el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y el numeral 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la literatura médica especializada.

87. A la 01:00 horas del 12 de mayo de 2018, en la nota de evolución turno nocturno AR7 reportó que a la revisión médica de V1 lo encontró con disociación del ventilador al inicio del turno, administrando relajante muscular (vecuronio), bajo sedación (midazolam/propofol), con evolución estacionaria, continuando con manejo establecido sin posibilidad de suspender sedación, reportándolo muy grave, indicando continuar manejo establecido; agregando AR14 suministro de antimicrobiano de amplio espectro (imipenem), cuantificar uresis por turno y dextrostix con esquema de insulina.

88. Al respecto, en la mencionada Opinión Médica esta Comisión Nacional señaló que AR7 omitió brindar manejo médico al estado de choque y solicitar su ingreso inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos, según lo establece el multicitado artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro y la literatura médica especializada.

89. Los siguientes días 12 y 13 de mayo de 2018 a las 10:00 horas V1 fue atendido por AR14, quien a la revisión médica lo reportó con diagnósticos de estatus de apoyo ventilatorio mecánico, infección de vías respiratorias bajas, infección de tracto urinario, síndrome consuntivo, falla hepática y estado de inmunosupresión a descartar reumatopatía.

90. Asimismo, a la exploración física AR14 señaló que V1 presentó fiebre de 38° C, con tensión arterial 116/88 -109/84, frecuencia cardíaca 87-114x', frecuencia respiratoria 16-18x', glucemia capilar 180-270 mg/dl, encontrándose postrado bajo sedación, bien acoplado al ventilador, cánula permeable, crepitantes bilaterales sin sibilancias, precordio rítmico, abdomen globoso, peristalsis hipoactiva, extremidades con edema.

91. Además, AR14 mencionó que V1 aún estaba en fase diagnóstica (para conocer el problema a atacar), e indicó que solicitó laboratoriales de control y radiografía de tórax portátil, iniciando fármaco que disminuye la frecuencia cardíaca (digoxina) y más tarde norepinefrina, continuando en vigilancia estrecha por altas probabilidades de complicaciones con alto riesgo para la vida lo que le fue informado a los familiares.

92. En ese sentido en la Opinión Médica realizada por esta Comisión Nacional, se señaló que AR14 omitió solicitar para V1 monitorización cardíaca continua, valoración por cardiología y/o su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, debido a su deteriorada condición, ello de acuerdo con lo dispuesto en numeral 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, y el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y la literatura médica especializada.

93. El 14 de mayo de 2018, AR10 en la nota de evolución matutina medicina interna refirió como diagnóstico de V1, insuficiencia hepática en estudio, esteatosis hepática, inmunosupresión, informado al familiar que durante la noche presentó "*alteración*", por lo que se solicitó apoyo de hospital de tercer nivel para la determinación de dímero D (marcador de la generación de trombina y plasmina que excluye la presencia de tromboembolia pulmonar), ello en virtud de que en esa unidad no se realiza dicho

estudio, así también señaló que la radiografía de tórax tomada el día anterior no se pudo visualizar por error del sistema.

94. A la exploración física de V1, AR10 refirió que halló a V1 con hipotensión (tensión arterial 80/60), taquicardia (140x'), bajo sedación en apoyo ventilatorio con ventilación mecánica, ruidos cardiacos rítmicos, área pulmonar con rudeza respiratoria, abdomen con panículo adiposo, extremidades íntegras, simétricas sin edemas, llenado capilar inmediato, inestable con alto grado de mortalidad, pronóstico malo a corto plazo.

95. Se indicó para V1 continuar con mismo manejo establecido, indicando suspender enoxaparina y buprenorfina, iniciando esteroide (prednisona), albúmina y antiarrítmico (amiodarona), reportando tiempos de coagulación alargados.

96. De la atención brindada a V1 por AR10 el 14 de mayo de 2018, este Organismo Nacional señaló en la Opinión Médica que dicha persona servidora pública omitió indicar monitorización cardiaca continua y valoración por cardiología, toda vez que persistía con alteraciones del ritmo a pesar del manejo brindado, así como investigar la causa de la inmunosupresión y solicitar su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

97. Por lo que AR10 dejó de observar lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; así como el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y la literatura médica especializada.

98. En la siguiente revisión médica realizada a V1 a las 01:00 horas del 15 de mayo de 2018 por AR7, lo reportó con los diagnósticos de insuficiencia hepática en estudio y choque séptico, evolucionando con hipotensión (tensión arterial 83/57), taquicárdico (frecuencia cardiaca 100x'), frecuencia respiratoria 20x', temperatura 36° C, saturación oxígeno 95%, ruidos cardiacos de buena intensidad, campos pulmonares hipoventilados, edema de miembro torácico derecho, abdomen blando, depresible, peristalsis presente.

99. Además, AR7 indicó se suministrará a V1 cargas de soluciones para mejorar tensión arterial, suspender aminos e iniciar nutrición parenteral, e informó a los familiares que se encontraba muy grave con pronóstico malo a largo plazo.

100. Reportando más tarde, esto es a las 08:34 horas del 15 de mayo de 2018, por los resultados de los laboratoriales de control con linfopenia 0.4 (normal 1.2-3.4), trombocitopenia 148 (normal 150-450), hiperglucemia de 546 (normal 70-115), falla renal, transaminasas casi en niveles normales e hipoalbuminemia 1.2 (normal 3.5-5.5) y tiempos de coagulación prolongados.

101. Omitiendo AR7, de acuerdo con lo señalado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, solicitar su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, debido a su agravada condición, cursando con inestabilidad hemodinámica y metabólica que requerían manejo por dicho servicio, según lo establece el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como el numeral 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y la literatura médica especializada.

102. El 16 de mayo de 2018 a las 15:00 horas, AR8 atendió a V1 y lo reportó con los diagnósticos de inmunosupresión en estudio, probable enfermedad autoinmune, lesión hepática aguda en remisión, insuficiencia respiratoria aguda corregida, infección urinaria en tratamiento.

103. A la exploración física AR8 reportó que V1 se encontraba bajo sedación, hipotenso, afebril con mejoría de taquicardia sinusal, orointubado, tapón nasal por epistaxis (ya inactiva), hematuria en bolsa colectora, extremidades superiores con edema periférico, indicando solicitar ultrasonido renal, radiografía de tórax y control de laboratorios, continuando con mismo manejo establecido, grave con pronóstico incierto.

104. Advirtiendo de ello esta Comisión Nacional en su Opinión Médica, que AR8 omitió indicar estudios complementarios para determinar la causa de la enfermedad autoinmune, solicitar su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos debido a su agravada condición, cursando probablemente con hemorragia que no fue advertida y

tratada, desestimando su evolución tórpida y atípica, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como con lo señalado en la literatura médica especializada.

105. A las 11:13 horas del 17 de mayo de 2018, AR8 reportó a V1 bajo sedación con inestabilidad hemodinámica con fiebre de 39.5° C, hipotenso (65/34), taquicárdico 130 latidos por minuto, discretamente disociado el ventilador, uresis hemática, mínima, y pronóstico muy grave.

106. Los resultados laboratoriales de V1 ordenados en fecha 17 de mayo de 2018, mostraron plaquetopenia severa de 31000 (normal 150-450), hiperglucemia de 230 (normal 70-115), deshidrogenasa láctica 1017 (normal 91-180).

107. Registrándose falla orgánica múltiple, y pérdida de la vida a las 13:40 horas del 17 de mayo de 2018, señalándose en el Certificado de Defunción como causas de la muerte choque cardiogénico (21 horas), insuficiencia cardíaca aguda (1 día) y taquicardia supraventricular (1 día).

108. Advirtiéndose este Organismo Nacional que dichas causas confirman que el deceso de V1 se debió directamente a alteraciones de tipo cardíaco, para las cuales no recibió el manejo idóneo como ya se estableció. También en la Opinión Médica estableció que desde el punto de vista médico forense se advierte que la atención médica brindada a V1 por parte del personal del IMSS fue inadecuada, toda vez que V1 durante su internamiento cursó con infección de vías urinarias, alteraciones pulmonares con desaturación de oxígeno en sangre y secreciones hemoptoicas, sin haber determinado su origen, dolor precordial con alteraciones del ritmo, que finalmente lo llevaron al deterioro, sin que se le haya brindado manejo médico idóneo, aunado a que no se determinó la causa de la inmunosupresión con la que cursaba, estableciendo como causas de muerte choque cardiogénico, insuficiencia cardíaca aguda y taquicardia supraventricular, entidades que no fueron tratadas de forma oportuna y adecuada por parte del Instituto.

B. DERECHO A LA VIDA.

109. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

110. 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 ... a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho... En ese sentido, 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 ...”*¹⁵.

111. El derecho humano a la vida 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, 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 todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

112. Al respecto la CrIDH ha establecido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen*

¹⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”¹⁶.

113. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021, párrafo 97, emitida el 2 de septiembre de 2021, señaló que *“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 médico 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”*.

114. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR14 personal médico del Hospital General de Zona 194, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

115. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que como consecuencia de la inadecuada atención médica que se brindó a V1 la cual derivó en la pérdida de la vida, se advierte que los médicos tratantes AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9 omitieron indicar radiografía y/o tomografía axial computarizada de tórax, solicitar pruebas confirmatorias para determinar la etiología de las alteraciones hepáticas, investigar la causa de la desaturación de oxígeno, estudios de laboratorio y gabinete complementarios; así como que AR6, AR7, AR8, AR10 y AR14 omitieron indicar monitorización cardíaca continua, solicitar enzimas cardíacas seriadas al inicio de los síntomas y a las seis horas, registro electrocardiográfico inicial, solicitar su valoración por cardiología e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, solicitar

¹⁶ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

pruebas de laboratorio complementarias ante la sospecha de padecimiento reumático, no contando con su confirmación ni valoración por la respectiva especialidad, brindar manejo médico al estado de choque, determinar la causa de la enfermedad autoinmune, lo que contribuyó a que el estado de salud de V1 evolucionara hacia el deterioro y como consecuencia de ello la pérdida de la vida.

116. Por lo anterior, a las 13:40 horas del 17 de mayo de 2018, se determinó la muerte de V1, señalando en el certificado de defunción como causas de la misma choque cardiogénico (21 horas), insuficiencia cardíaca aguda (1 día) y taquicardia supraventricular (1 día).

117. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR14 vulneraron en agravio de V1, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

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

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

119. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017, en el párrafo 27, 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*¹⁷.

120. Resulta aplicable la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere “... *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades*”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza¹⁸.

121. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” establece que “*el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, ... integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos ..., mediante los cuales se hace constar ... las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de ... datos acerca del bienestar físico, mental y social ...*”.

122. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y

¹⁷ CNDH. “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.

estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida¹⁹.

123. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona²⁰.

124. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V1 que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por V2.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

125. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones, se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

126. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna,

¹⁹ CNDH. Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017.

²⁰ CNDH. Ídem., párrafo 34.

responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

127. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

128. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V1, este Organismo Nacional advirtió que en el oficio 160102200200/00076/2020 de fecha 23 de enero del 2020, AR15 señaló que *“... Ingresó al servicio de Urgencias el día 22 de abril de 2018... En el expediente clínico con el que se cuenta de 159 fojas ya enviadas... no cuenta con la hoja de atención del día de ingreso 22 de abril de 2018...”*, lo cual incumple con NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, en su numeral 4.4, en el que se establece que *“... el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables...”*.

129. Igualmente AR10 en su nota de evolución matutina de medicina interna de fecha 7 de mayo de 2018, señaló que se solicitaron enzimas cardíacas, misma que de acuerdo con la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, se observó no se encuentra anexada en el expediente clínico; así como el registro electrocardiográfico inicial, lo cual incumple con el numeral 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*.

130. De las notas médicas de las 20:20 y 20:30 horas del 7 de mayo de 2018, firmadas por AR11; así como la rubricada por AR12 el día 10 del mismo mes y año, no se puede establecer el nombre del médico que las emitió en virtud de que no escribieron el nombre de quien las elaboró. Igualmente, en la nota de las 09:45 horas del 10 de mayo de 2018, AR13 omitió poner nombre y firma.

131. Con lo anterior se observa que AR11, AR12 y AR13, omitieron dar cumplimiento a lo señalado en el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, en la cual se establece que *“todas las notas, en el expediente clínico deberán contener*

fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital...”.

132. Por lo que AR10, AR11, AR12, AR13 y AR15, además incumplieron con lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual señala que *“El personal de salud ..., deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes. Para tal efecto, cumplirá con lo dispuesto en la Ley y en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como en la normatividad y procedimientos institucionales en la materia”.*

D. RESPONSABILIDAD.

D.1. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

133. Además de las responsabilidades en las que incurrieron las personas servidoras públicas, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en el Hospital General de Zona 194, se presentó una problemática que vulneró el derecho a la protección de la salud de V1, dando lugar a responsabilidad de tipo institucional.

134. En ese sentido, destacó la nota de medicina interna evolución de las 11:28 horas del 4 de mayo de 2018, suscrita AR8, en la que solicitó cultivo BAAR en expectoración, así como exudado faríngeo con antibiograma; misma en la que señaló que le fue informado de manera verbal por personal del laboratorio que no se podían hacer cultivos por falta de material y que debían solicitarse hasta el próximo lunes, situación que reflejó una falta de suministro de material necesario para la elaboración de las pruebas requeridas.

135. Al respecto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 26 establece que los establecimientos que presten servicios de atención médica contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale dicho ordenamiento y las normas oficiales mexicanas que al efeto emita la Secretaría de Salud.

136. Por lo anterior este Organismo Nacional observó que no se garantizó a V1 una atención médica profesional de calidad tal como lo dispone el artículo 48 de la mencionada normatividad, en el cual se señala que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea.

137. Con lo antes mencionado se puede señalar que existió una responsabilidad de tipo institucional por la inobservancia al citado Reglamento, al no efectuarse el estudio por la falta de suministro de material para su realización.

D.2. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

138. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR14 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención médica proporcionada a V1 como quedó acreditado con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo cual derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida de V1.

139. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR10, AR11, AR12, AR13 y AR15, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, así como el diverso 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

140. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y el artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado, así como con los principios de responsabilidad, ética profesional, integridad, legalidad, objetividad, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes; actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen en su empleo, cargo o comisión, por lo que

deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de su funciones, facultades y atribuciones; promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humano establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

141. Cabe señalar que, si bien 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.

142. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 a fin de que en su caso determine la responsabilidad administrativa en la que pudieron incurrir.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO INTEGRAL DEL DAÑO.

143. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 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, 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 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.

144. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I y último párrafo; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2016, y del *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el otorgamiento de Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral (RAARI) a personas en situación de víctimas”* publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de marzo de 2021, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

145. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece 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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

146. En el “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, la CrIDH enunció que: “... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”²¹.

147. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que: “... abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte ...”²².

148. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los siguientes términos:

i. Medidas de rehabilitación.

149. 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”.

150. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente

²¹ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

²² CrIDH, “Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

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 títulos, 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 afectación a la salud de V1 que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

151. 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.

152. 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.

153. La compensación se encuentra establecida en los artículos 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 afectación a la salud y la desafortunada 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.

154. 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.

155. 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 que presente éste Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iv. Medidas de no repetición.

156. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, y 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.

157. Además es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral dirigido al personal directivo y médico del Hospital General de Zona 194, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, derecho a la protección de la salud, derecho a la vida y “*mala praxis*”; así como la debida

observancia y el contenido de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

158. 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.

159. 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.

160. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

161. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del Hospital General de Zona 194 del IMSS, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución.

162. También deberán emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona 194 del IMSS, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten su actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con diligencia.

163. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*,²³ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V2, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se realice el trámite para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que en caso de ser procedente tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se le otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya compensación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

²³ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

SEGUNDA. Colabore con la Fiscalía General de la República en la presentación y seguimiento de la denuncia que este Organismo Nacional formule en contra de quien o quienes resulten responsables de los hechos posiblemente constitutivos de conductas delictivas cometidas en agravio de V1, conforme al capítulo de Observaciones y análisis de las pruebas en la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con el Órgano Interno de Control en el IMSS, con la queja que presentará esta Comisión Nacional en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15, personal médico involucrado en el caso expuesto, por las probables faltas administrativas señaladas en la presente Recomendación, y remita a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

CUARTA. Diseñe e imparta en un término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal directivo y médico del Hospital General de Zona 194, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, derecho a la protección de la salud, derecho a la vida y *“mala praxis”*, Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST y Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de intranet en la que se instruya al personal directivo y médico del Hospital General de Zona 194, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se

encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal directivo y médico del Hospital General de Zona 194, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designe a una 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.

165. 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.

166. 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.

167. 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.

168. 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