

RECOMENDACIÓN No. 248 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO Y DE QV, VI1, VI2 y VI3, EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE EN TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2022.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/7883/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General Toluca.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11

fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Clave
Víctima Directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Interno de Pregrado	PMIP

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

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	CONAMED
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vascul ar Isquémica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención	GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vascul ar Isquémica
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Encefalopatía de Wernicke	GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica	GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática
Guía de Práctica Clínica. Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel	GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en Urgencias Adultos
Hospital General del ISSSTE en Toluca, Estado de México	Hospital General Toluca
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana, NOM-027-SSA3-2013. Que regula los servicios de salud y establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica	NOM-De Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 30 de julio de 2019, QV se inconformó con el “mal trato médico y falta de responsabilidad y servicio hospitalario de alta especialidad” del Hospital General Toluca hacia su esposa V, quien a pesar de que llegó con confusión para distinguir o reconocer a algún familiar a Urgencias a las 18:00 horas del 16 de febrero de 2019, fue atendida después de cinco horas, agregó que, el 17 de ese mes y año, recuperó la facultad de reconocerlos siendo su conducta “casi normal”.

6. Sin embargo, a las 20:00 horas del 18 de febrero de 2019, V presentó síntomas de confusión, ansiedad “oprimida” e incertidumbre por su tratamiento y “según” los reportes médicos “no tenían la seguridad del diagnóstico y pronóstico”, QV platicó con ella en forma lenta porque estaba aletargada y salió a las 10:30 horas permaneciendo en la sala de espera.

7. A las 11:00 de la noche de ese mismo día y año, se le informó a VI1, que su mamá estaba convulsionando y al verla dormida el personal médico indicó que



estaba sedada, lo cual les sorprendió y entristeció porque no se los habían informado aunado a que tampoco había convulsionado del 16 al 18 de ese mes y año. Mencionando que a partir de “allí ya no ha regresado, ¡permaneciendo en coma vigíl¹ ahora!”, fue intubada el 19 de febrero de 2019 para evitar que siguiera convulsionando, manteniéndola sedada al 100%.

8. Ante su reiterado malestar, el 20 de febrero de 2019, se le realizó traqueostomía y gastrostomía² para mantenerla “viva en condiciones de coma vigíl”, con escaras³ en la cabeza, espalda, brazos y piernas por su estancia hospitalaria fue dada de alta el 15 de marzo de ese mismo año y llegó a “casa” el 17, donde permaneció con la indicación de que recibiría seguimiento por la consulta externa por ello, QV solicitó apoyo porque no cuenta con medios económicos para su adecuado tratamiento, entre otros.

9. El 16 de agosto de 2019, V fue dada de alta de la consulta externa de Neurología indicándole seguimiento en la Unidad de Medicina Familiar; sin embargo, a las 02:30 horas del 30 de septiembre de esa anualidad al encontrarse en su domicilio falleció por enfermedad vascular cerebral,⁴ crisis convulsivas y enfermedad de Wernicke.⁵

¹ Disfunción cerebral crónica en la que no se muestran signos de conciencia siendo totalmente incapaz de producir respuestas motoras o su repertorio de movimientos (parpadeo, rotación de la cabeza) es muy limitado.

² Durante la traqueostomía se hace abertura en la tráquea insertándose un tubo (cánula) por donde se respira; en tanto, la gastrostomía consiste en crear una pequeña abertura en el abdomen para introducir un tubo hasta el estómago a través del cual se brinda nutrición al paciente, pase de líquidos y medicamentos sin necesidad de pasar por la boca y el esófago.

³ Lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presión prolongada sobre la piel.

⁴ Alteración en las neuronas que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

⁵ La Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Encefalopatía de Wernicke la define como un síndrome neuropsiquiátrico agudo producido por déficit de tiamina (insuficiencia de vitamina



10. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, el 28 de octubre de 2021, se inició el expediente **CNDH/1/2019/7883/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica que recibió en el Hospital General Toluca cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito recibido el 30 de julio de 2019, a través del cual QV se inconformó ante la CONAMED con copia a esta CNDH, por la atención brindada a V en el Hospital General Toluca y adjuntó lo siguiente:

11.1. Hoja de Urgencias de las 18:27 horas del 16 de febrero de 2019, en la cual se asentó que a las 22:59 horas, AR1 adscrito a dicho servicio, diagnosticó a V, con evento vascular cerebral de tipo isquémico (EVC tromboembólico).⁶

11.2. Hoja de órdenes médicas de las 09:30 horas del 17 de febrero de 2019, en la que personal médico con datos ilegibles a quien se identificará como AR2 adscrito a Urgencias del Hospital General Toluca agregó dieta blanda asistida por familia como parte del seguimiento de V.

B1) asociado al consumo crónico de alcohol, entre otras, manifestándose clínicamente como alteraciones en el estado mental, en la oculomotilidad y en la marcha, siendo su diagnóstico fundamentalmente clínico y apoyado por la respuesta a la suplementación de tiamina y exámenes adicionales principalmente resonancia magnética.

⁶ El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un coágulo sanguíneo bloquea o estrecha una arteria que conduce al cerebro.



11.3. Nota de evolución de las 10:17 horas del 17 de febrero de 2019, en la cual AR3 de Urgencias, asentó que la tomografía simple de cráneo evidenció que V no presentaba hemorragia ni hematoma intracraneal, pero sí datos de atrofia cortical global, esto es, adelgazamiento de la corteza cerebral secundaria a alcoholismo crónico.

11.4. Hoja de indicaciones médicas de las 12:00 horas de 17 de febrero de 2019, en la que AR3 prescribió medicamentos y medidas generales de V.

11.5. Nota de evolución de las 12:34 horas del 18 de febrero de 2019, en la cual AR4, adscrito a Urgencias indicó que V continuaría con reposición de potasio por desequilibrio hidroelectrolítico (DHE).⁷

11.6. Nota de evolución nocturna de las 23:17 horas del 18 de febrero de 2019, en la cual AR5 del servicio de Urgencias diagnosticó a V, con desequilibrio hidroelectrolítico, hiponatremia hipoosmolar,⁸ hipokalemia⁹ y estado confusional.¹⁰

11.7. Hojas de indicaciones médicas de las 22:58 horas del 18 y de las 09:40 horas del 19, ambas del mes de febrero de 2019, en las que cuales AR5 y AR4

⁷ Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta.

⁸ Descenso de la concentración plasmática de sodio por debajo de 135 mEq/L, acompañado de disminución de la osmolaridad plasmática, cuya velocidad de instauración y sintomatología determinan la urgencia del tratamiento ya que el sodio ayuda a regular la cantidad de agua que hay dentro y alrededor de las células.

⁹ Nivel de potasio (un químico importante) en la sangre más bajo de lo normal que puede producir fatiga, calambres musculares y ritmos cardíacos anormales.

¹⁰ Alteración grave de las capacidades mentales que resulta en pensamientos confusos y una consciencia reducida del entorno.



del servicio de Urgencias del Hospital General Toluca prescribieron diazepam¹¹ “por razón necesaria” y solución salina, respectivamente.

11.8. Nota médica de evolución “TM” Urgencias e interconsulta a Medicina Interna de las 09:00 horas del 19 de febrero de 2019, en la cual AR4 reportó a V, con tendencia a la hipertensión en malas condiciones generales, somnolienta y en período postictal.¹²

11.9. Nota de evolución de Medicina Interna de las 10:00 horas del 19 de febrero de 2019, en la que AR6 adscrito al referido servicio, diagnosticó a V, con supresión etílica¹³ y crisis convulsivas secundarias (probable estatus epiléptico),¹⁴ por lo cual solicitó vigilancia de deterioro neurológico¹⁵ y patrón respiratorio.

11.10. Nota médica agregada y de procedimientos de las 13:41 horas del 19 de febrero de 2019, en la que AR4 asentó que, pese al manejo a base de infusión de diazepam, V presentaba mala evolución y estatus epiléptico,¹⁶ lo cual ameritó manejo avanzado de la vía aérea previa autorización de “la familiar”.

¹¹ Utilizado para aliviar la ansiedad y controla la agitación causada por la abstinencia de alcohol.

¹² Se presenta inmediatamente después de la crisis epiléptica y cuya duración varía desde unos minutos hasta días.

¹³ El síndrome de supresión etílica se define como signos y síntomas posteriores a la suspensión de la ingesta alcohólica que clásicamente se manifiestan en las primeras 48 horas en personas alcohol-dependientes en distintos grados con una constelación amplia de datos clínicos neuropsiquiátricos.

¹⁴ Crisis epiléptica prolongada o serie de crisis durante las cuales el paciente no recobra completamente la conciencia y constituye una emergencia neurológica.

¹⁵ Se emplea técnica de la observación.

¹⁶ Crisis epiléptica prolongada o serie de crisis durante las cuales el paciente no recobra completamente la conciencia lo cual constituye emergencia neurológica.



11.11. Nota de evolución de las 16:00 horas del 19 de febrero de 2016, en la cual PSP1 solicitó interconsulta a Medicina Interna para que V continuara su tratamiento, emitió pronóstico neurológico reservado a evolución y no libre de secuelas neurológicas.

11.12. Nota de indicaciones de ingreso a piso de Medicina Interna de las 18:00 horas del 19 de febrero de 2019, en la cual AR7 del referido servicio médico solicitó gasometría arterial¹⁷ y laboratorios de control para V.

11.13. Historia clínica de Cirugía General sin fecha en la cual PMIP asentó que V ingresó a Medicina Interna para protocolo y manejo.

11.14. Hoja de indicaciones médicas del 20 de febrero de 2019, en la cual PSP2 indicó que a V se le daría dieta enteral normo sódica (líquida sin sal), midazolam¹⁸ y propofol.¹⁹

11.15. Nota de evolución de Medicina Interna de las 10:00 horas del 21 de febrero de 2019, en la cual AR8 adscrita al citado servicio médico inició aporte de complejo B ante la probable enfermedad de Wernicke.²⁰

¹⁷ Medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre, denominado también acidez (pH) de la sangre.

¹⁸ Medicamento de acción corta que se usa para inducir la sedación (un estado muy relajado de calma, somnolencia o sueño) y que alivia la ansiedad y la tensión muscular.

¹⁹ Agente anestésico de acción corta con un comienzo de acción rápido de aproximadamente 30 segundos y una recuperación de la anestesia normalmente también rápida.

²⁰ La Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Encefalopatía de Wernicke la define como un síndrome neuropsiquiátrico agudo producido por déficit de tiamina (insuficiencia de vitamina B1), asociado al consumo crónico de alcohol, entre otras, manifestándose clínicamente como alteraciones en el estado mental, en la oculomotilidad y en la marcha, lo cual ocurre sólo en un tercio de los pacientes, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y apoyado por la respuesta a la



11.16. Notas de evolución de las 11:00 y 23:50 horas del 23 de febrero de 2019 y de las 07:30 horas del 24 de ese mes y año, en las que PSP3 describió a V, con pronóstico reservado a evolución.

11.17. Nota de evolución de las 23:00 horas del 24 de febrero de 2019, en la cual PSP3 describió a V, con apertura ocular y sin que obedeciera órdenes.

11.18. Notas de evolución de Medicina Interna de las 10:00 horas del 26 y 27 de febrero de 2019, en las cuales AR8 indicó que dada la evolución lenta e insidiosa de V solicitaría tele de tórax.

11.19. Nota de evolución Medicina Interna de las 10:00 horas del 28 de febrero de 2019, en la cual AR8 indicó que a V se le realizaría traqueostomía para mejorar el manejo de secreciones.

11.20. Consentimiento informado de las 14:20 horas del 27 de febrero de 2019, firmado por V, VI1 y AR8 por traqueostomía por estenosis de glotis.²¹

11.21. Nota de valoración preanestésica de 28 de febrero de 2019, en la cual se calificó a V con riesgo cardiovascular moderado, trombótico bajo y respiratorio alto.

suplementación de tiamina y de los exámenes adicionales, se prefieren neuroimágenes, principalmente la resonancia magnética.

²¹ Llamada también estenosis laríngeas y traqueales consistentes en estrechamiento patológico de la vía aérea de una o de varias regiones de la laringe (supraglótica, glótica o subglótica) y/o de la tráquea cervical o torácica que provocan disnea ruidosa (estridor) y/o disfonía.



11.22. Nota de evolución de Medicina Interna de tres de marzo de 2019, en la cual se reportó que V cursaba probable coma vigil y requería valoración por Neurología más electrocardiograma.²²

11.23. Nota de Neurología de cinco de marzo de 2019, en la cual PSP4 reportó que la tomografía del 3 de ese mes y año evidenció hipodensidad del puente (estructura del sistema nervioso central encargada de comunicar el cerebro con la médula espinal).

11.24. Gastrostomía endoscópica realizada a V, el cinco de marzo de 2019 previo consentimiento informado firmado por VI1.

11.25. Notas de evolución de Medicina Interna de las 11:57 horas del 6 y de las 14:27 horas del siete y ocho ambas de marzo de 2019, en las cuales PSP5 indicó que Epidemiología determinó que el cultivo de V dio positivo a “pseudomonas” (patógeno nosocomial) en espera de antibiograma.²³

11.26. Nota de Neurología del siete de marzo de 2019 en la cual PSP4 reportó que la resonancia magnética de cráneo simple de V evidenció imagen hiperintensa en puente y en sustancia blanca supratentorial,²⁴ adelgazamiento del cuerpo calloso (indicativo de atrofia²⁵ por hipoxia cerebral²⁶) y protrusiones

²² Registra las señales eléctricas del corazón, prueba común e indolora para detectar con rapidez problemas cardíacos y controlar la salud del corazón.

²³ Ayuda a diagnosticar y detectar el microorganismo que produce la infección y que hubiere permitido el aislamiento de la bacteria responsable de esta.

²⁴ Parte superior del encéfalo que contiene el cerebro, ventrículos (espacios llenos de líquidos), plexo coroide, hipotálamo, glándula pineal, hipófisis y nervio óptico.

²⁵ Disminución del tamaño de la célula por pérdida de sustancias celulares.

²⁶ Se presenta cuando no llega suficiente oxígeno al cerebro.



discales en C3-C5 (cambios degenerativos en médula espinal a ese nivel cervical).

11.27. Nota de Medicina Interna del 9 de marzo de 2019, en la que se asentó que V presentó crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas (CCTCG),²⁷ lo cual ameritó dosis de mantenimiento.²⁸

11.28. Estudio electroencefalográfico digital con mapeo cerebral de 11 de marzo de 2019, en el que el servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica del Hospital General Toluca concluyó un resultado “anormal”.

11.29. Nota de cuidados gerontológicos²⁹ en casa de 12 de marzo de 2019, en la cual la especialista en la materia indicó sugerencias para el cuidado de V.

11.30. Nota de Rehabilitación inicial de las 19:00 horas del 12 de marzo de 2019, en la cual el especialista asentó que se orientaría al familiar de V para evitar desarrollo de úlceras y mayores contracturas mediante terapia física.

11.31. Notas de Neurología de las 19:10 y de las 19:20 horas del siete y 12 de marzo de 2019, en las cuales PSP4 estableció que el pronóstico funcional de V era malo.

²⁷ Cuando la persona pierde la conciencia y tiene anquilosamiento o rigidez muscular, así como sacudidas musculares, suelen ser generalizadas, iniciándose en ambos lados del cerebro.

²⁸ Es aquella que permite mantener los niveles terapéuticos de un fármaco reponiendo la cantidad de fármaco eliminado en un intervalo posológico (cantidad indicada para la administración de un medicamento).

²⁹ Relacionados con la salud, psicología e integración social y económica de las personas que se encuentran en la etapa de vejez.



11.32. Notas de evolución de las 12:02 y 13:54 horas del 13 y 14 de marzo de 2019 en las que PSP5 detalló que aun cuando la condición de V era estable no se descartaba deterioro y desenlace fatal por marcadores de mal pronóstico, lo cual se explicó a “familiar”.

11.33. Hoja de egreso hospitalario de 15 de marzo de 2019, en la que PSP5 asentó que V ingresó el 20 de febrero de 2019 con crisis convulsivas y egresó el 15 de marzo de ese año con mielinolisis central pontina,³⁰ convulsiones, trastornos del equilibrio de los electrolitos y líquidos, entre otros.

12. Acta Circunstanciada de 30 de agosto de 2019, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QV, quien refirió que la CONAMED daba seguimiento a la inadecuada atención médica de V y solicitó a esta CNDH, que el ISSSTE le brinde ayuda para atención en su domicilio y “sancione” al personal médico y de enfermería.

13. Acta Circunstanciada de 24 de octubre de 2019, a través de la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica de QV, ocasión en la cual comunicó que V había fallecido “hace como dos semanas en su domicilio”.

14. Correo electrónico de 31 de octubre de 2019, al que QV adjuntó copia simple del acta de defunción de V, quien falleció a las 02:30 horas del 20 de septiembre de

³⁰ Degeneración no inflamatoria con pérdida de oligodendrocitos y preservación de axones a nivel pontino (anatomía del encéfalo que muestra el cerebro, cerebelo, tronco encefálico y otras partes del encéfalo) sin afectar estructuras adyacentes, no se afecta la sustancia blanca de la cápsula interna, caracterizada por hipertermia, rigidez muscular y alteración de la conciencia en pacientes tratados con neuroléptico que provoca un estado de deshidratación cerebral.



ese año por enfermedad vascular cerebral (8 meses), crisis convulsivas (8 meses) y enfermedad de Wernicke (10 meses).

15. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1327-12/2020 de dos de marzo de 2020, a través del cual el ISSSTE adjuntó a esta CNDH, un informe de la atención brindada a V con copia de su expediente clínico, destacándose lo siguiente:

15.1. Hoja de Registro Clínico de Enfermería de 18 de febrero de 2019, en la cual se indicó que la primera dosis de Difenilhidantoína (Fenitoína) “DFH” fue a las 23:40 y diazepam a las 23:50 horas.

15.2. Hoja de indicaciones médicas 428 de 21 de febrero de 2019, en la cual AR6 asentó los medicamentos que se suministrarían a V.

15.3. Informe médico de PSP4, especialista en Neurología de 16 de agosto de 2019, quien indicó el alta de V con manejo de escaras en Cirugía General.

16. Opinión Médica de 26 de octubre de 2021, en la que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada a V, en el Hospital General Toluca fue inadecuada por las irregularidades en la atención que se le brindó el 16 de febrero de 2019.

17. Oficio DGOG/210/OR/4561.1-2019/2022 de 15 de febrero de 2022 recibido en esta CNDH el 4 de marzo de ese mismo año, mediante el cual la CONAMED informó que el 29 de julio de 2019 entabló comunicación con QV, quien no presentó la documentación requerida para el ingreso de su inconformidad.



18. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1769-1/22 de 22 de marzo de 2022, mediante el cual el ISSSTE comunicó a esta CNDH, que en la Primera Sesión Ordinaria 2021 de 18 de enero de 2021, el Comité de Quejas Médicas determinó improcedente el presente asunto al no existir deficiencia médica o administrativa, negativa o imposibilidad institucional, sin que diera vista al Órgano Interno de Control.

19. Acta Circunstanciada de 9 de diciembre de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con VI3, quien indicó que con motivo de los hechos que nos ocupan no denunció en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, ni en la Fiscalía General de la República y agregó su domicilio en la Ciudad de México.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El 29 de julio de 2019, QV se inconformó en la CONAMED por la atención médica brindada a V, en el Hospital General Toluca, y solicitó que el ISSSTE la refiriera a las especialidades pertinentes para que continuara con su atención a la brevedad al encontrarse en su domicilio en coma vigil³¹ y que además cubriera los gastos que conllevaba dicha situación para lo cual el 30 de ese mes y año exhibió su escrito con copia para esta CNDH.

21. El 16 de agosto de 2019, la CONAMED concluyó su expediente de gestión inmediata iniciado con la petición de QV, debido a que en esa data se le otorgó

³¹ El paciente con coma vigil está despierto y consciente, pero es totalmente incapaz de producir respuestas motoras, o tiene un repertorio muy limitado de movimientos (parpadeo, rotación de la cabeza).



servicio de ambulancia y atención médica, le retiraron en Otorrinolaringología la traqueostomía y en Neurología se reiteró su mismo diagnóstico con citas de seguimiento, por lo cual estuvo de “acuerdo en que se dé por conciliada [su] queja médica con atención inmediata” y agregó que continuaría con el trámite en dicha instancia; sin embargo, la CONAMED comunicó a esta CNDH el cuatro de marzo de 2022, que ya no presentó la documentación para el ingreso de su queja formal.

22. Por su parte, el ISSSTE informó que el 18 de enero de 2021, su Comité de Quejas Médicas determinó improcedente el presente asunto al haber considerado que no existió deficiencia médica ni administrativa, negativa o imposibilidad institucional en el manejo médico de V, sin que aportara más información, únicamente agregó que no dio vista al Órgano Interno de Control.

23. El 9 de diciembre de 2022, VI3 comunicó que no inició algún procedimiento de responsabilidades administrativas en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE ni denuncia en la FGR derivado de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/7883/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la



vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, persona adulta mayor, así como, de QV, VI1, VI2 y VI3 por este último derecho atribuibles a personal del Hospital General Toluca con base en las siguientes consideraciones.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO CRÓNICO, ENTRE OTROS PADECIMIENTOS

25. Previo al análisis correspondiente, V, persona adulta mayor de 68 años de edad al momento de los hechos, con antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución, alcoholismo crónico (25 años), tabaquismo (20 años), tratamiento con ansiolítico para reducir síntomas de ansiedad, insuficiencia hepática Child Pugh A (alteraciones crónicas leves del hígado) e hipoacusia (disminución de la capacidad auditiva), quien falleció el 30 de septiembre de 2019, derivado de lo cual se estableció en su acta de defunción que las causas fueron: “enfermedad vascular cerebral 8 meses, crisis convulsivas 8 meses y enfermedad de Wernicke 10 meses”.

26. El artículo 1º, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que queda prohibido cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en términos generales se refieren al derecho al trato digno que debe recibir toda persona, por lo que se debe promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.



27. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

28. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012, así como el Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe, San José, Costa Rica, en su numeral 7, relacionado con la falta de atención de los servicios de salud pública a las necesidades de las “personas adultas mayores”.



29. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: “Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como: “(...) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”

30. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

31. En el párrafo 93, de la Recomendación 8/2020, se precisó que “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.”



32. Tratándose de personas adultas mayores, debe considerarse el derecho al trato digno entendido como prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.

33. El trato preferencial constituye una acción positiva debido a que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos, las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos.

34. Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.” A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

35. La CrIDH, ha sostenido que los Estados “(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente (...) cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.³²

36. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son aquellas que “(...) por diferentes factores o [su] combinación, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su

³² CrIDH, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 89.



bienestar.”³³

37. El artículo 25, de la LGS establece que, en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, “(...) se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad”, ubicándose en dicho supuesto aquellas personas adultas mayores con alcoholismo crónico y enfermedad vascular cerebral.

38. En el “Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores”,³⁴ se establece que el “proceso físico del envejecimiento intensifica los efectos del alcohol, se modifica la manera en que el alcohol es absorbido y removido del organismo. En general su tolerancia disminuye al mismo tiempo que se envejece. Afecta más fuerte y por un periodo más largo de tiempo.”

39. También señala que la persona bebedora adulta mayor corre el riesgo de experimentar problemas de salud por reacciones al combinar alcohol y medicinas, lo cual incluye efectos peligrosos sobre el juicio o discernimiento, lentitud en las reacciones y alerta, falta de coordinación, aunado a que las bebidas alcohólicas en exceso los colocan en menores condiciones de resistencia a las enfermedades porque bajan las defensas pudiendo causar derrames cerebrales, arritmia cardíaca³⁵ y deterioro intelectual, entre otras.

³³ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

³⁴ Publicado en el 2000 por el entonces Gobierno del Distrito Federal.

³⁵ Latidos anormales del corazón, ya sea irregulares, demasiado rápidos o lentos.



40. El 14 de noviembre de 2021, la Secretaría de Salud publicó que, “En México, 20 millones de personas enfrentan consumo problemático de alcohol”,³⁶ cuya atención de acuerdo con el titular de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) debe darse de manera integral con tratamiento y debe ser dual, ya que las personas con esta enfermedad también enfrentan alguna condición psiquiátrica como ansiedad, depresión, ataque de pánico o cuadros psicóticos.

41. En dicho comunicado igualmente destacó que la evidencia científica muestra que la interacción de diversos factores como familia, escuela, amigos, espacio físico y socioeconómico aumentan la vulnerabilidad de una persona al consumo de sustancias psicoactivas y a desarrollar trastornos relacionados con el abuso en la ingesta de este producto.

42. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud estiman que en el mundo hay 283 millones de personas con trastornos por uso de alcohol, de las cuales ocho de cada diez son hombres, y que esta adicción provoca más de 3 millones de muertes al año a nivel mundial, lo que equivale a una muerte cada diez segundos. El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol.³⁷

43. La enfermedad de Wernicke es un trastorno cerebral por deficiencia de tiamina (vitamina B-1) muy común en personas que sufren de alcoholismo y causa

³⁶ Comunicado de prensa 502 de la SSA disponible en <https://www.gob.mx/salud/prensa/502-en-mexico-20-millones-de-personas-enfrentan-consumo-problematico-de-alcohol?idiom=es>

³⁷ La OPS/OMS México se une a la Jornada Nacional de Información sobre Alcoholismo publicado el 28 de enero de 2022, disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/28-1-2022-opsoms-mexico-se-une-jornada-nacional-informacion-sobre-alcoholismo>



cambios dañinos en el cerebro, entre sus síntomas más comunes se encuentra la incapacidad para formar nuevos recuerdos, pérdida de memoria (puede ser severa), de coordinación muscular, marcha inestable, alucinaciones, cambios en la visión y caída de los párpados, de ahí que el examen del sistema nervioso y muscular pueda mostrar daño a múltiples sistemas nerviosos, por lo cual uno de los objetivos del tratamiento es controlar síntomas y evitar el empeoramiento de la enfermedad porque algunas personas necesitan hospitalización en los comienzos para controlar los síntomas pudiendo requerir vigilancia y cuidado apropiado de encontrarse en estado “comatoso, letárgico o inconsciente”.³⁸

44. En tanto, el accidente cerebrovascular isquémico es la muerte de una zona de tejido cerebral (infarto cerebral) a consecuencia de suministro insuficiente de sangre y oxígeno al cerebro por obstrucción de alguna arteria cuyo tratamiento consiste en medicamentos para disolver coágulos o para reducir la probabilidad de que la sangre se coagule y procedimientos para eliminar físicamente los coágulos sanguíneos seguidos de rehabilitación.³⁹

45. Las personas con enfermedades derivadas del consumo crónico de alcohol y eventos cerebrovasculares se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, especializada, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo

³⁸ La OPS/OMS México se une a la Jornada Nacional de Información sobre Alcoholismo publicado el 28 de enero de 2022, disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/28-1-2022-opsoms-mexico-se-une-jornada-nacional-informacion-sobre-alcoholismo>

³⁹ Enfermedad de Wernicke-Korsakoff, disponible en <https://medicina.ufm.edu/eponimo/enfermedad-de-wernicke-korsakoff/>



clínico inicial, debiéndose priorizar su patología y aspectos concomitantes para que alcancen mayor bienestar posible, lo que en el caso particular no le fue garantizado a V por lo siguiente.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

46. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,⁴⁰ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

47. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”.⁴¹

48. Este Organismo Nacional emitió la Recomendación General 15,⁴² “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y

⁴⁰ CNDH. Recomendaciones: 174/2022, párrafo 35, 92/2022, párrafo 18, 71/2021, párrafo 41; 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, entre otras.

⁴¹ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

⁴² El 23 de abril del 2009.



demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

49. 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, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad".

50. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como "(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)".⁴³

51. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el

⁴³ "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.



“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”,⁴⁴ consideró que, “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

52. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos a Urgencias y AR6, AR7 y AR8 de Medicina Interna del Hospital General Toluca derivado de su respectiva calidad de garantes atento a lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigente al momento de los hechos omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno, lo cual incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida en su calidad de persona adulta mayor con antecedente de alcoholismo crónico (25 años), entre otros, así como, a la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio y de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

❖ **Antecedentes clínicos de V**

53. V, persona del sexo femenino de 68 años de edad al momento de los hechos con antecedentes de artritis reumatoide⁴⁵ de larga evolución (sin tratamiento), alcoholismo crónico de 25 años (2.8 litros de cerveza diariamente hasta la embriaguez), tabaquismo de 20 años (cinco cigarrillos por día), tratamiento con ansiolítico (lorazepam para reducir síntomas de ansiedad) sin que especificara

⁴⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁴⁵ Trastorno inflamatorio crónico que puede afectar las articulaciones. En algunas personas, puede dañar distintos sistemas corporales, incluida la piel, los ojos, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos.



motivo ni tiempo de ingesta, insuficiencia hepática Child Pugh A sin especificar tratamiento y disminución de la capacidad auditiva.

54. Antecedentes quirúrgicos, resección de quiste sinovial izquierdo (lesiones degenerativas en la articulación) hacía 50 años, extirpación de la vesícula biliar y fractura de arcos costales derechos más perforación pulmonar secundaria a caída hacía 20 años.

55. Inició su padecimiento en enero de 2019, con cuadro clínico caracterizado por astenia (sensación de falta de fuerzas, cansancio, debilidad, agotamiento físico y psíquico) y adinamia (disminución de la iniciativa física por extrema debilidad muscular), días posteriores con debilidad en miembros pélvicos condicionando caída de su propia altura, temblor distal⁴⁶ y alucinaciones visuales, un día después desorientación en tiempo, espacio y persona, alteraciones oculares con desviación del ojo derecho, estado confusional y relajación de esfínteres, siendo trasladada al servicio de Urgencias del Hospital General Toluca donde recibió inadecuada atención médica atento a lo siguiente.

B.1. Violación al derecho humano a la protección a la salud de V

56. V arribó al servicio de Urgencias del Hospital General Toluca a las 18:27 horas del 16 de febrero de 2019 y hasta las 22:59 horas, AR1 adscrito al referido servicio la reportó con estado confusional y pérdida de la mirada conjugada

⁴⁶ Trastorno del movimiento frecuente que afecta con mayor frecuencia las manos, pero puede afectar brazos, cabeza, cuerdas vocales, torso y piernas, el cual puede ser constante o intermitente (que ocurre en distintos momentos y con interrupciones).



(incapacidad para mover ambos ojos en una única dirección horizontal principalmente o vertical).

57. Debido a que al momento de la exploración física la encontró mal orientada en tiempo y espacio, ligeramente balbucente,⁴⁷ con desviación de la mirada conjugada (ojo derecho hacia campo externo),⁴⁸ motricidad fina con ligera ataxia⁴⁹ y Romberg negativo,⁵⁰ la diagnosticó con evento vascular cerebral de tipo isquémico (EVC tromboembólico),⁵¹ y la ingresó para inicio de protocolo de estudio con cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno, ayuno, soluciones parenterales, omeprazol, ketorolaco, ácido acetilsalicílico, oxígeno (5L por minuto por puntas nasales), laboratorios (biometría hemática, química sanguínea, enzimas cardiacas, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orina) y tomografía de cráneo.

58. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que AR1 incurrió en las siguientes irregularidades:

58.1. Emitió un diagnóstico incorrecto porque para poder determinar que V cursaba “diagnóstico presuncional” de evento vascular cerebral isquémico debió haberle realizado una exploración física específica y dirigida basada en

⁴⁷ Cuando se pronuncian mal las palabras.

⁴⁸ Una parálisis de la mirada conjugada se refiere a la incapacidad para mover ambos ojos en una misma dirección (de un lado al otro, hacia arriba o hacia abajo) al mismo tiempo.

⁴⁹ Dificultad de coordinación de los movimientos característica de ciertas enfermedades neurológicas.

⁵⁰ Prueba neurológica que busca la pérdida del equilibrio con oscilaciones del tronco en todos los sentidos y eventual tendencia a la caída cuando el paciente intenta sostenerse con los pies juntos y los ojos cerrados.

⁵¹ El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un coágulo sanguíneo bloquea o estrecha una arteria que conduce al cerebro.



escalas de evaluación (FAST y Cincinnati),⁵² de utilidad para su rápida y certera detección acorde a lo establecido en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vascul ar Isquémica.

58.2. La falta de interrogatorio directo e indirecto acucioso para conocer sus antecedentes, datos de su última ingesta de alcohol y desarrollo de síntomas, le impidió contar con diagnósticos diferenciales,⁵³ con base en los cuales V pudo haber presentado los siguientes:

58.2.1. Síndrome de supresión etílica (confirmado posteriormente),⁵⁴ el cual ameritaba implementación de medidas de neuroprotección con sedante hipnótico tipo benzodiazepinas para “reducir la severidad de los síntomas y la prevención de la progresión del síndrome de supresión etílica a delirium tremens⁵⁵ (...)”, tratamiento estándar para su control de tres a cinco días con dosis horarias con ajuste del fármaco acorde a la escala CIWA-Ar (Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica), instrumento de medida de gravedad de síntomas de la abstinencia alcohólica fiable, válido y

⁵² Conocida como método F.A.S.T. útil para saber cómo detectar la enfermedad cerebrovascular al ser un procedimiento que permite identificar de forma rápida si alguien está sufriendo un Ictus (obstrucción del flujo sanguíneo de una arteria -trombosis, embolia-, lo que origina disminución del riego sanguíneo en esa parte del cerebro), dicha escala consta de 3 parámetros, evalúa la presencia o ausencia de parálisis facial, debilidad asimétrica del brazo y anomalías del habla en pacientes con posible enfermedad cerebrovascular y cada parámetro puede tener dos valoraciones: anormal o normal.

⁵³ Dicho diagnóstico toma en cuenta las enfermedades que podrían estar causando sus síntomas, requiriéndose a menudo la realización de varias pruebas para descartar ciertas causas o determinar si se necesitan más exámenes.

⁵⁴ Signos y síntomas posteriores a la suspensión de la ingesta alcohólica que se manifiestan en las primeras 48 horas en personas alcohol-dependientes en distintos grados con una constelación amplia de datos clínicos neuropsiquiátricos.

⁵⁵ Es una forma grave de la abstinencia alcohólica que involucra cambios repentinos e intensos del sistema nervioso o mentales.



reproducibile en pacientes con formas moderadas a severas de abstinencia de acuerdo con la Literatura Médica Especializada Vigente.

58.2.2. Las alteraciones en la mirada y confusión generalizada hacían factible que V cursara **encefalopatía de Wernicke**, entidad clínica de alta prevalencia en pacientes alcohólicos que ameritaba manejo inmediato con tiamina (Vitamina B) y resonancia magnética para su confirmación al señalar la GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke en lo que interesa que:

58.2.2.1. Dicho síndrome neuropsiquiátrico agudo se caracteriza por nistagmos (los ojos se mueven rápida e incontroladamente), parálisis bilateral del músculo recto externo (músculo ocular de mayor longitud) y de la mirada conjugada, ataxia de la marcha y estado de confusión general pudiendo presentarse juntos o combinados.

58.2.2.2. Tiene un diagnóstico fundamentalmente clínico apoyado por suplementación de vitamina B-1 (tiamina), exámenes adicionales como resonancia magnética e interrogatorio dirigido en la búsqueda intencionada de factores de riesgo que incluyan el consumo de alcohol, de ahí que durante la exploración clínica se confirmen las desviaciones oculares (nistagmos), parálisis o paresias (grado de debilidad muscular leve a moderado) de cualquier músculo oculomotor uni o bilateralmente, alteraciones de la marcha o mentales e interrogar posibles factores de riesgo que condicionen deficiencia de tiamina para su diagnóstico, lo cual AR1 omitió pese a que V contaba con parte de dicha sintomatología.



58.2.3. Acorde a los antecedentes de alcoholismo crónico e insuficiencia hepática de V, pudo haberse tratado de un cuadro agudo de **encefalopatía hepática**⁵⁶ que requería medidas antiamonio, piedra angular en su tratamiento según lo establecido en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática.

59. Para el médico de esta CNDH, llamó la atención que desde que V llegó a Urgencias no se le hubiera pasado al proceso de valoración preliminar del “Triage”,⁵⁷ por tanto, el personal médico de dicho servicio durante el turno vespertino del 16 de febrero de 2019 incumplió con la GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en Urgencias Adultos debido a que dicha valoración es útil para mejorar la atención y disminuir el tiempo de espera según el estado de conciencia del paciente mediante escalas, sus constantes vitales, sintomatología y patología asociada para hacerlo esperar o pasarlo a Observación, lo que al no haber acontecido incidió en el deterioro del padecimiento inicial de V, quien llegó con un evento neurológico considerado como urgencia, por ello, deberá investigarse la identidad de dichas personas servidoras públicas para que en su caso se determine el grado de responsabilidad que les corresponda.

60. A las 09:30 horas del 17 de febrero de 2019, AR2 sustituyó el ayuno indicado por AR1, por dieta blanda asistida por familiar lo que implicaba mejoría del cuadro clínico de V; sin embargo, también soslayó su antecedente de alcoholismo crónico

⁵⁶ La pérdida de la función cerebral ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las toxinas de la sangre, lo cual se conoce como encefalopatía hepática (HE, por sus siglas en inglés).

⁵⁷ El Triage es un procedimiento del servicio de Urgencias destinado a la clasificación de pacientes de acuerdo con la prioridad con que requiere atención médica, tomando como base la gravedad de sus trastornos, siendo clasificado en cinco clases: reanimación, emergencia, urgencia, urgencia menor y sin urgencia.



el cual incrementaba el riesgo de que padeciera síndrome de supresión etílica, enfermedad de Wernicke o encefalopatía hepática previamente citados, lo cual ameritaba medidas de neuroprotección y solicitud urgente de tomografía de cráneo para otorgarle a V, un diagnóstico de certeza con manejo clínico idóneo, lo que al no haber acontecido evidencia el incumplimiento de AR2 a las precitadas GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke y la diversa GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática.

61. Si bien, a las 10:17 horas de este 17 de febrero de 2019, AR3 asentó que V había llegado por “(...) tropezón en una escalera y subsecuente caída con contusión en cráneo, alcoholismo crónico, artritis reumatoide, insuficiencia hepática Child A,⁵⁸ hipokalemia e hiponatremia⁵⁹ (...)”, refiriéndola con mejoría, con signos vitales aceptables, orientada en sus tres esferas y funciones mentales conservadas e indicó reposición de potasio con base en el resultado de sus estudios de laboratorio.

62. Al respecto, en la precitada Opinión Médica de esta CNDH, se destacó que V presentaba desequilibrio electrolítico a expensas de disminución de cloro 74 mmol/L (normal: 96-108) y sodio 118 mmol/L (normal: 135-146) por haber presentado cifras menores a 135 mmol/L y discreta elevación de bilirrubinas, sin que AR3 lo considerara, limitándose a establecerle dieta blanda asistida por familiar, soluciones parenterales, restitución de electrolitos (dos tabletas de sales

⁵⁸ Es un sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de la cirrosis y la necesidad de un trasplante hepático.

⁵⁹ Se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja. El sodio es un electrolito y ayuda a regular la cantidad de agua que hay dentro y alrededor de las células.



de potasio cada ocho horas), antiinflamatorio (diclofenaco cada 12 horas) y posición semisentada.

63. Y si bien, AR3 reportó a V, con mejoría transitoria de sus alteraciones neurológicas también lo es que desestimó que la importante disminución de sodio en pacientes con alcoholismo se debe a la incapacidad de las células cerebrales para responder a cambios en la osmolaridad⁶⁰ del sistema nervioso central, lo que le impidió ordenar la reposición de dicho electrolito pese a que se encontraba ante una urgencia como se afirmó en la precitada Opinión Médica por lo siguiente:

63.1. Los síntomas neurológicos de hiponatremia (concentración de sodio en la sangre anormalmente baja) se deben a edema cerebral (acumulación anormal de agua y solutos en el parénquima encefálico constituido por neuronas, células gliales⁶¹ y vasos sanguíneos), producto del movimiento de agua desde el LEC (líquido extracelular) al interior de las neuronas que incrementa la presión intracraneana y conforme los niveles de sodio disminuyen se hace inminente la herniación del tronco cerebral,⁶² pudiendo provocar paro respiratorio, coma o muerte.

63.2. La importancia de determinar la duración de la hiponatremia en pacientes con cuadro crónico (>48 horas) que han culminado su proceso de adaptación

⁶⁰ Miden la cantidad de ciertas sustancias en la sangre, orina o heces y dichas sustancias incluyen la glucosa (azúcar), urea (producto de desecho producido en el hígado) y electrolitos como sodio, potasio y cloruro.

⁶¹ El nombre de células gliales o neuroglías proviene de la palabra griega *glía* que significa “pegamento” y “neuro”, término relacionado con el cerebro y que hace referencia al “pegamento del cerebro”.

⁶² Cuando algo dentro del cráneo produce presión que desplaza los tejidos cerebrales como resultado de un edema cerebral o sangrado por traumatismo craneal, accidente cerebrovascular o algún tumor cerebral.



cerebral trasciende porque la reposición rápida de sodio provoca incremento abrupto de la osmolaridad extracelular ocasionando pérdida excesiva de agua intracelular, contracción celular y síndrome de desmielinización osmótica SDO (disfunción neuronal),⁶³ evidente después de dos a seis días principalmente en poblaciones geriátricas y personas alcohólicas (aspectos que V cumplía), entre otros, generándoles secuelas que pueden ser permanentes como tetraplejía,⁶⁴ parálisis pseudobulbar,⁶⁵ convulsiones, coma e incluso la muerte.

63.3. Lo anterior se corroboró porque V persistió con hiponatremia y alcanzó niveles supra-óptimos el 21 de febrero de 2019 y aun cuando la tomografía simple de cráneo descartó que cursara enfermedad vascular cerebral hemorrágica con la que AR1 la diagnosticó a su ingreso, resultado que corrobora su inadecuada atención médica aunado a que dicho estudio evidenció “datos de atrofia cortical global”, esto es, adelgazamiento de la corteza cerebral secundaria a alcoholismo crónico, lo que AR3 minimizó al igual que AR1 y AR2 por las razones expuestas.

64. Si bien, para las 12:34 horas del 18 de febrero de 2019, AR4 reportó que V tenía signos vitales normales, se encontraba consciente, íntegra y cooperadora, debido a que los resultados de sus estudios de laboratorio evidenciaron desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de disminución de fósforo 1.5 mg/dl (normal 2.549), cloro, potasio, sodio y magnesio, la diagnosticó con probable EVC

⁶³ Es una disfunción neuronal causada por la destrucción de la capa (vaina de mielina) que cubre las células nerviosas en el medio del tronco del encéfalo (puente de Varolio).

⁶⁴ Conocida también como cuadriplejía, lo que significa que los brazos, manos, tronco, piernas y órganos pélvicos están afectados por la lesión de la médula espinal.

⁶⁵ Enfermedad caracterizada por episodios de risa o llanto repentinos, descontrolados y fuera de lugar.



isquémico transitorio,⁶⁶ alcoholismo crónico, artritis reumatoide, insuficiencia hepática Child A y desequilibrio hidroelectrolítico, por lo cual indicó que continuaría con reposición de potasio.

65. En opinión del especialista de esta CNDH, aun cuando AR4 indicó que V cursaba alcoholismo crónico, al igual que AR1, AR2 y AR3 omitió brindarle manejo neuroprotector para evitar el desarrollo de complicaciones ante la posibilidad de que cursara con los diagnósticos diferenciales de síndrome de supresión alcohólica, encefalopatía de Wernicke o encefalopatía hepática, aunado a que tampoco le ajustó soluciones parenterales para optimizar cifras de sodio porque persistía con hiponatremia de 120 mmol/L.

66. Irregularidades que incidieron en el detrimento en su estado de salud lo cual se corroboró porque a las 23:17 horas del mismo 18 de febrero de 2019, AR5 describió a V, con signos vitales con tendencia a la hipotensión (110/70 mmHg), cooperadora, desorientada en tiempo y espacio, con funciones mentales superiores alteradas y larga estancia en Urgencias con estado confusional, por lo cual la diagnosticó con desequilibrio hidroelectrolítico, hiponatremia hipoosmolar,⁶⁷ hipokalemia y estado confusional, lo que ameritó reposición electrolítica, solicitud de nuevos estudios de laboratorio de control y su ingreso a Medicina Interna por requerir mayor tiempo de estancia hospitalaria.

⁶⁶ Cuando se detiene el flujo de sangre a una parte del cerebro por un breve período de tiempo, pudiendo tener la persona síntomas similares a un accidente cerebrovascular hasta por 24 horas y en la mayoría de los casos, los síntomas duran entre una y dos horas.

⁶⁷ Descenso de la concentración plasmática de sodio por debajo de 135 mEq/L, acompañado de disminución de la osmolaridad plasmática cuya velocidad de instauración y sintomatología determinan la urgencia del tratamiento.



67. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se destacó que AR5 pese a los diagnósticos asentados, no ajustó soluciones parenterales para optimizar las cifras de sodio porque V continuaba con hiponatremia de 126 mmo/L y al igual que AR1, AR2, AR3 y AR4 desestimó su antecedente de alcoholismo crónico que requería medidas de neuroprotección y valoración por Neurología ante las “nuevas” alteraciones de la consciencia, a lo cual se adiciona que en la hoja de indicaciones médicas agregó manejo con anticomiciales⁶⁸ (difenhidantoína y diazepam), sin que justificara el motivo.

68. Hasta las 09:00 horas del 19 de febrero de 2019, AR4 indicó que V cursaba alcoholismo crónico con datos de supresión etílica y convulsiones secundarias de difícil control con antiepiléptico DFH (no hay foco epileptógeno⁶⁹ previo) o diazepam en bolos, reportándola a la exploración física, en malas condiciones generales, somnolienta, en período postictal (sin especificar duración), pupilas simétricas hiporreflécticas (mismo tamaño que responden o se modifican poco al estímulo luminoso), pálida, mucosa oral subhidratada, movilizando las cuatro extremidades al estímulo sin datos de focalización o meníngeos,⁷⁰ agregó que la tomografía de cráneo no demostró cambios a la realizada en días previos y que la corrección de potasio y sodio estaban en progreso.

69. Dada su gravedad y pronóstico malo para la función y reservado para la vida V requeriría mayor estancia hospitalaria prescribiéndole fármacos para dolor neuropático (anticomiciales), infusión de midazolam, ajuste de soluciones

⁶⁸ Medicamentos para el tratamiento de crisis convulsivas.

⁶⁹ Cambio en la morfología de un electroencefalograma que sugiere el origen estructural de una crisis epiléptica.

⁷⁰ Conjunto de signos observados en cuadros de irritación meníngea, como meningitis, hemorragias subaracnoideas, rigidez de nuca, entre otros.



parenterales con aporte electrolítico y multivitamínico, un antiemético (metoclopramida) y solicitud de gasometría arterial, tomografía simple de cráneo, monitoreo cardiaco continuo, dextrostix por turno,⁷¹ vigilancia de su estado neurológico, colocación de sonda urinaria a derivación, electrocardiograma e interconsulta a Medicina Interna.

70. En opinión del médico de esta CNDH fue hasta después de dos días y medio de que V llegó a Urgencias cuando se integró el diagnóstico de supresión etílica el cual en conjunto con la hiponatremia persistente y la ausencia de medidas de neuroprotección condicionaron las crisis convulsivas de difícil control con que cursó.

71. Debido a que a las 10:00 horas del 19 de febrero de 2019, AR6 del servicio de Medicina Interna describió a V, con supresión etílica y crisis convulsivas secundarias (probable estatus epiléptico), indicó que continuaría con infusión con anticomicial (diazepam) y aumento de dosis de ser necesario, valoraría el cambio de lorazepam o clonazepam, debiéndosele mantener con vigilancia del deterioro neurológico y patrón respiratorio, reposición de electrolitos séricos⁷² en agudo y valoración por Unidad de Cuidados Intensivos ya que no estaba exenta de requerir intubación orotraqueal.

72. En opinión del personal médico de esta CNDH, dados los antecedentes de V, AR6 debió haber solicitado también su valoración por Neurología al estar ante una urgencia neurológica lo cual era indispensable para la evaluación de los factores pronósticos, implementación de tratamiento que finalizara con las crisis

⁷¹ Estudio para ver los niveles de glucosa en sangre en ese momento.

⁷² Los electrolitos son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan carga eléctrica y afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre (pH), la actividad muscular y otros procesos importantes.



convulsivas lo antes posible corrigiendo la causa de base, además de las complicaciones sistémicas para prevención de recurrencias (retorno), lo que al no haber previsto evidenció el incumplimiento de lo señalado en la Literatura Médica Especializada vigente en dicho tópico.

73. A las 13:41 horas del referido 19 de febrero de 2019, AR4 le indicó a V oportunamente sedoanalgesia (midazolam, vecuronio) y manejo avanzado de la vía aérea desde las 13:15 horas sin incidentes porque continuaba con mala evolución y estatus epiléptico pese a la infusión de diazepam, le colocó un catéter venoso central en región subclavia derecha y solicitó radiografía de tórax de control y valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos y la reportó muy grave.

74. El médico especialista de este Organismo Nacional destacó que de haberse indicado manejo con medidas de neuroprotección desde que V ingresó a Urgencias con corrección del desequilibrio electrolítico y predominio de hiponatremia con que cursaba, no habría desarrollado el estatus epiléptico descrito por AR4, el cual derivó en daño neurológico irreversible como más adelante se detalla.

75. A las 16:00 horas del precitado 19 de febrero de 2019, PSP1 adscrito a Urgencias diagnosticó a V, con probable encefalopatía hipóxico-isquémica⁷³ secundaria a crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas,⁷⁴ hiponatremia grave 118 mmol/L, advirtiéndola bajo sedación (midazoiam/diazepam) y con crisis convulsivas tónico/clónicas, por lo cual agregó infusión de anestésico (propofol

⁷³ Cuadro anatomo-clínico caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a la falta de oxígeno por cese de flujo sanguíneo cerebral.

⁷⁴ La persona pierde la conciencia y tiene anquilosamiento o rigidez y sacudidas musculares, suelen ser generalizadas iniciándose en ambos lados del cerebro.



3mg/kg), controlándole las crisis de tres a cinco minutos posteriores a ministración, agregó además cloruro de sodio hipertónico⁷⁵ para incrementar 10 mmol/L en 24 horas, presentando al estímulo fotomotor pupilas hiporrefléxicas sin desviación de la mirada, intubación orotraqueal y ventilación mecánica controlada.

76. Debido a que V estaba en ayuno indicó sonda nasogástrica a derivación para dieta enteral,⁷⁶ e interconsulta a Medicina Interna para que continuara su tratamiento y seguimiento estableciéndole un pronóstico neurológico reservado a evolución y no libre de secuelas neurológicas.

77. Al respecto, en la Opinión Médica de esta CNDH, se destacó que cuando PSP1 revisó a V, aún no había sido valorada por Neurología, indicó manejo anestésico posterior a 17 horas aproximadamente de que inició con crisis convulsivas tiempo durante el cual desarrolló estatus epiléptico⁷⁷ y daño neurológico irreversible, agregó soluciones hipertónicas para disminuir el edema cerebral secundario a hiponatremia, lo cual debió administrársele desde que inició con dicho padecimiento, esto es, desde que AR5 se lo diagnosticó a las 23:17 horas del 18 de febrero de 2019, lo que no sucedió.

78. AR7 del servicio de Medicina Interna agregó a su manejo anticonvulsivo- (carbamazepina), antibiótico (ceftriaxona) por el manejo invasivo de la vía aérea,

⁷⁵ Terapia hiperosmolar que se utiliza en la lesión cerebral traumática para reducir la presión intracraneal.

⁷⁶ La nutrición por tubo es una mezcla especial de comida que contiene proteínas, carbohidratos (azúcar), grasas, vitaminas, y minerales, siendo proveída a través de un tubo al estómago o el intestino delgado.

⁷⁷ La organización Mundial de la Salud denomina "status epiléptico" a las crisis epilépticas que se repiten en un intervalo corto de tiempo o son lo suficiente prolongadas para condicionar un estado epiléptico fijo y duradero.



profilaxis antitrombótica (enoxaparina) y solicitó gasometría arterial, laboratorios de control (química sanguínea y electrolitos séricos a su ingreso) e indicó su ingreso a piso, omitiendo al igual que sus homólogos solicitar su valoración por la especialidad de Neurología por tratarse de una urgencia a ese nivel.

79. Sin poder establecerse el momento preciso en que V ingresó a Medicina Interna, se advirtió que PSP2 le indicó dieta enteral normo sódica (alimentos sin sal), anestésico y anticomicial (midazolam), y que el 21 de febrero de 2019, AR8 adscrita a dicho servicio realizó interrogatorio indirecto a sus familiares, reportándola con los antecedentes señalados y al momento de la exploración física la encontró con signos vitales aceptables, bajo efectos de sedación, pupilas con poca respuesta a estímulos externos, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos sin alteraciones y aún con hiponatremia ya en manejo.

80. Atento a los antecedentes de V, AR8 indicó que cursaba enfermedad de Wernicke y hasta ese momento inició aporte de complejo B, continuó con reposición electrolítica en espera de alguna oportunidad (ventana neurológica) para extubarla, ajustó soluciones parenterales con suspensión del antiemético, sin embargo, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se destacó que el complejo B es el tratamiento de elección para dicho padecimiento, sin embargo, las dosis administradas por AR8 estaban por debajo de las indicadas en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke, aunado a que tampoco solicitó valoración por Neurología.

81. En los subsecuentes días, V permaneció en Medicina Interna sin cambios significativos, acoplada a ventilación mecánica con desarrollo de estertores (ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos) en ambas bases pulmonares, presentó



fiebre el 23 de febrero de 2019 y sospecha de foco infeccioso a ese nivel, se le solicitó a “familiar”, trampa para cultivo de secreción bronquial (muestra de secreción para análisis clínicos), desarrolló bioquímicamente lesión renal leve, por lo cual se le ajustaron adecuadamente las soluciones parenterales y ante el antecedente de insuficiencia hepática inició medidas antiamonio, lo cual se informó a VI1.

82. A las 07:30 horas del 24 de febrero de 2019, PSP3 le ajustó ventilación a presión positiva continua⁷⁸ hasta que saturó al 98% lo cual toleró y progresó a tubo en T,⁷⁹ empero al haber presentado broncoespasmo,⁸⁰ taquicardia⁸¹ y desaturación nuevamente se le conectó a ventilación mecánica asistida sin dejar la sedación continua y debido a que sólo presentaba apertura ocular sin que obedeciera órdenes ni movilizara extremidades al estímulo doloroso se solicitó radiografía de tórax y laboratorios encontrándose pendiente toma de cultivo, se agregó antihipertensivo a las medidas antiamonio con suspensión del antineurítico (drogas antiepilépticas como pregabalina, valproato sódico, gabapentina, lamotrigina y topiramato) sin que se especificara la razón y suspensión de antipirético el cual se administraría por razón necesaria.

83. En la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que el estado de salud de V evidenciaba su daño neurológico debido a que ante la falta de sedación la

⁷⁸ Aplicación de ventilación mecánica con presión positiva sin necesidad de intubación endotraqueal, generalmente a través de una mascarilla facial o nasal.

⁷⁹ Catéter que se inserta en la tráquea para establecer y mantener una vía aérea permeable y asegurar el adecuado intercambio de O₂ y CO₂.

⁸⁰ Es la tensión de los músculos que recubren las vías respiratorias (bronquios) en los pulmones, lo cual impide que entre o salga tanto aire de los pulmones.

⁸¹ Es el término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto.



respuesta ante los estímulos externos se encontraba abolida, esto es, con incapacidad para ejecutar cualquier acto voluntario.

84. A partir del 26 de febrero de 2019, V continuó con hipotensión y conectada a ventilador en modo presión positiva continua,⁸² y si bien el 27 de ese mes y año cuando se le extubó (destete) cursó con adecuada respuesta, está fue transitoria porque minutos posteriores presentó obstrucción de glotis (parte media de la laringe, área donde se encuentran las cuerdas vocales) y dificultad respiratoria, volviéndosele a intubar endotraquealmente sin datos de espasmo bronquial (impide la salida de aire de los pulmones) y derivado del fracaso en la extubación e intubación prolongada fue valorada por Otorrinolaringología solicitándose cánula para traqueostomía.

85. A su vez, los resultados de sus estudios de laboratorio reportaron que cursaba leucocitosis (indicativo de proceso infeccioso, ya con manejo antibiótico), datos bioquímicos de anemia y falla renal sin requerimiento de hemo-transfusiones o diálisis, así como, mejoría de las cifras de electrolitos aún en restitución, para el 28 de febrero de 2019, presentó saturaciones de 90% con abundantes secreciones pulmonares a la aspiración, sin alzas térmicas,⁸³ con manejo antibiótico (ceftriaxona) antiinflamatorio esteroideo (metilprednisolona) y analgésico opioide (tramadol).

⁸² Máquina para bombear aire bajo presión dentro de las vías respiratorias de los pulmones lo que ayuda a mantener la tráquea abierta durante el sueño.

⁸³ Signo presente en casi todos los procesos infecciosos de origen viral, bacteriano que hace referencia a una alteración del mecanismo regulador de la temperatura acompañado de sudoración, pérdida de líquidos y destrucción de proteínas corporales, mecanismos implicados en la disminución del peso corporal.



86. El uno de marzo de 2019, se le realizó traqueostomía para mejorar el manejo de secreciones por intubación prolongada sin incidentes, considerándose como plan terapéutico postquirúrgico la reanudación de dieta (140 kcal en tres tomas) y profilaxis antitrombótica,⁸⁴ el tres de ese mes y año, se le diagnosticó con crisis convulsivas, enfermedad de Wernicke, etilismo crónico, desequilibrio hidroelectrolítico y probable coma Vigil, recolocándosele sonda nasogástrica para alimentación con solicitud de valoración por Neurología y electrocardiograma, asentándose que en caso de que no presentara mejoría neurológica se valoraría la realización de gastrostomía.

87. Cuando V concluyó esquema con ceftriaxona reinició terapia antibiótica (meropenem) porque los resultados de sus laboratorios evidenciaron persistencia de leucocitosis y fiebre, solicitándose nuevamente cultivo de secreción bronquial el cual pese a haberse solicitado desde el 23 de febrero de 2019 aún no se realizaba.

88. En la valoración en Neurología del cinco de marzo de 2019, PSP4 reportó a V, con ventilación mecánica asistida por traqueostomía, apertura palpebral espontánea,⁸⁵ pupilas de tres mm normorreflécticas, cierre palpebral (las párpadas las constituye el párpado superior e inferior que conforman el contorno del ojo) a la amenaza visual, simetría facial, sin respuesta motora al estímulo doloroso, reflejos extensomotores ++/++++ (extensión brusca de la extremidad inferior) con reflejo oculocefálico (movimientos oculares que valoran los pares craneales III y IV

⁸⁴ Procedimientos físicos y farmacológicos para prevenir la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar; y profilaxis secundaria, al diagnóstico precoz de la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar (TVP o EP) para evitar la recurrencia.

⁸⁵ La persona es incapaz de abrir o cerrar los párpados a voluntad en algunas instancias y en otras lo logra.



encargados de controlar movimientos oculares, reflejos fotomotores y acomodación) y destacó lo siguiente:

88.1. La tomografía de cráneo del cuatro de marzo de 2019 evidenció alteraciones a nivel del puente (estructura del sistema nervioso central encargada de comunicar el cerebro con la médula espinal), solicitando electroencefalograma y resonancia magnética de cráneo sin contraste sin realizar cambios en el manejo médico establecido a V.

88.2. Le realizó gastrostomía endoscópica para alimentación enteral y el seis de ese mes y año, indicó que el servicio de Epidemiología refirió el resultado del cultivo de secreción bronquial realizado a V, con desarrollo de *Pseudomonas* (patógeno nosocomial) ya con tratamiento a base de carbapenémico (antibióticos de amplio espectro eficaces frente a muchos tipos de bacterias) en espera de antibiograma y ante la pobre respuesta le modificó el manejo con cefalosporina de tercera generación y quinolona (ceftazidima y ciprofloxacino).

89. Los siguientes días, V mantuvo evolución estática, en coma, sin descartarse coma vigil, bajo vigilancia estrecha con medidas de neuroprotección, soporte ventilatorio alternado con tubo en T conectado a ventilador Puritan (respiración asistida continua) y por las noches en modo presión positiva continua (por sus siglas en inglés CPAP),⁸⁶ con controles de sodio tendientes a la normalidad sin aporte adicional vía parenteral (a través de sonda insertada en la vena mediante la cual los nutrientes ingresan a la sangre directamente).

⁸⁶ Máquina de asistencia respiratoria que administra presión de aire constante a la boca y la nariz que ayuda a mantener abiertas las vías respiratorias, permitiendo inhalar completamente.

90. La resonancia magnética simple de cráneo del siete de marzo de 2019 demostró que cursaba datos de edema cerebral (acumulación anormal de agua y solutos en el parénquima encefálico constituido principalmente por neuronas, células gliales y vasos sanguíneos), alteración de la sustancia blanca (leucoaraiosis producida por alteración en las arterias perforantes asociada a deterioro cognitivo), imagen hiperintensa en puente y en sustancia blanca supratentorial superior encéfalo, adelgazamiento del cuerpo calloso (indicativo de atrofia por hipoxia cerebral) y protrusiones discales en C3-C5 (cambios degenerativos en medula espinal a ese nivel cervical).

91. Alimentándola mediante sonda de gastrostomía funcional con medidas antiescara (sin especificar cuáles) y rehabilitación pasiva, pendiente el electroencefalograma, lo cual ameritó interconsulta a Medicina de Rehabilitación con diagnósticos de secuela neurológica secundaria a desequilibrio electrolítico (hiponatremia-hipernatremia) mielinolisis pontina, coma Vigil, crisis convulsivas secundarias en control, desequilibrio electrolítico y deshidratación moderada, supresión etílica ya corregidos, probable enfermedad de Wernicke, insuficiencia hepática crónica Child Pugh B post etílica,⁸⁷ lesión renal aguda⁸⁸ en fase de resolución y control, neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica, estatus de traqueotomía y gastrostomía.

⁸⁷ Sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente cirrosis, originalmente se usó para predecir la probable mortalidad asociada a la cirugía, actualmente se usa para determinar el pronóstico y necesidad de trasplante de hígado.

⁸⁸ Pérdida súbita de la capacidad de los riñones para eliminar el exceso de líquido y electrolitos, así como el material de desecho de la sangre, siendo más común en personas hospitalizadas particularmente las que necesitan cuidados intensivos.



92. Personal médico de esta CNDH indicó que la probable enfermedad de Wernicke e insuficiencia hepática crónica derivaron de un mal diagnóstico (evento vascular cerebral tromboembólico), y del inadecuado manejo que se le brindó cuando ingresó al servicio de Urgencias por haberse desestimado los signos y síntomas neurológicos propios de supresión etílica aun y cuando contaba con antecedentes de alcoholismo crónico, por lo cual el personal médico tratante de V debió haber establecido oportunamente los diagnósticos diferenciales de síndrome de supresión etílica, enfermedad de Wernicke o encefalopatía hepática para su manejo idóneo, siendo prioritaria la neuroprotección y corrección del desequilibrio electrolítico debido a que para ese momento el daño neurológico era irreversible, lo cual debió preverse desde su ingreso, sin que aconteciera como se constató.

93. Al pase de visita del nueve de marzo de 2019, V presentó crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas brindándole oportunamente anticomicial (difenhidantoína) con dosis de mantenimiento a fin de que cuando se controlará y concluyera su esquema antibiótico, se planteará su egreso previo adiestramiento a familiares de técnicas de dieta por gastroclisis⁸⁹ y oxigenoterapia en casa.

94. Su estudio electroencefalográfico del 11 de marzo de 2019 concluyó que presentaba disfunción e hipofunción cortical generalizada (daño cerebral generalizado), disfunción y actividad irritativa corticosubcortical,⁹⁰ lo que en opinión del médico de esta CNDH confirmó el daño neurológico irreversible que se le causó, corroborado en el servicio de Neurología cuando PSP4 indicó que conforme al

⁸⁹ Procedimiento que consiste en introducir alimentación líquida, gota a gota, mediante una sonda nasogástrica, orogástrica, yeyunostomía o gastrostomía.

⁹⁰ Término algo impreciso que se refiere a que las neuronas de la corteza cerebral de esa zona que explora el electroencefalograma y presentan actividad anormal espontánea, siendo a menudo dicho hallazgo sugestivo de epilepsia.



reporte de la resonancia magnética y electroencefalograma tenía un pronóstico funcionalmente malo, indicándole rehabilitación temprana.

95. El 12 de marzo de 2019, se dio a conocer a sus familiares cuidados gerontológicos en casa y a las 19:00 horas, Medicina de Rehabilitación la reportó postrada en cama con automatismo,⁹¹ apertura palpebral espontánea, sin respuesta a estímulo doloroso, con traqueostomía y gastrostomía, cuello en hiperextensión (con dolor), miembros torácicos y pélvicos con patrón flexor (flexión o extensión), tono aumentado y contracturas musculares en grupos flexores, zonas de presión en tobillo derecho, reflejos extensomotores 3/4, nulo control voluntario, todo ello como secuelas del daño neurológico irreversible que se le generó, indicando enseñanza a “familiar” para evitar desarrollo de úlceras y mayores contracturas y cita en tres meses sin que se encontrara familiar.

96. Durante el 13 y 14 de marzo de 2019, V presentó evolución estática y esquema antibiótico sistémico,⁹² agregándose antibiótico tipo carbapenémico y clindamicina al persistir con abundantes secreciones y leucocitosis con solicitud de nuevos cultivos de secreción de traqueostomía (abertura enfrente del cuello durante un procedimiento de emergencia o cirugía planeada), intensificándose medidas de higiene respiratoria, broncodilatadores y oxígeno, estableciéndole un pronóstico malo para la función y reservado para la vida debido a que no se descartaba deterioro y desenlace fatal por marcadores de mal pronóstico.

⁹¹ Automatismo ambulatorio sobreviene como equivalente de la epilepsia (pequeño mal) o después de una crisis de epilepsia (temporal o frontal) en el que la actividad motriz coordinada se acompaña de ausencia de contacto con el medio con ejecución de actos sin voluntad.

⁹² Los antibióticos sistémicos son una opción de tratamiento utilizada habitualmente para la OMSC y actúan para eliminar o inhibir el crecimiento de los microorganismos que pueden ser responsables de la infección. Los antibióticos se pueden utilizar solos o además de otros tratamientos para la OMSC



97. Derivado de la recuperación de las entidades clínicas con las que cursó a su ingreso a Urgencias y ante el cuadro clínico estático posterior al tratamiento implementado desde el 19 de febrero de 2019, para evitarse mayores complicaciones intrahospitalarias se decidió que el 15 de marzo de ese mismo año fuera egresada a su domicilio bajo las siguientes condiciones:

97.1. Automatismo ventilatorio con cánula de traqueostomía con apoyo de Puritan continuo, dirigiendo la mirada al explorador con apertura palpebral espontánea, pupilas simétricas, reflécticas sin respuesta a estímulos verbales ni dolorosos, abdomen sin datos de irritación peritoneal con sonda de gastrostomía permeable, sin fugas ni sangrado y extremidades sin alteraciones.

97.2. Se informó ampliamente a sus “familiares” que, a pesar de su condición de estabilidad, no se descartaba deterioro y desenlace fatal a plazo no determinado, se indicó oxígeno medicinal para uso continuo con mascarilla de campana para traqueostomía por 24 horas continuas diarias, protector de la mucosa gástrica (cuatro semanas), anticomercial (valproato de magnesio y levetiracetam por gastrostomía), antibióticos de amplio espectro, esteroide (fluticasona spray por traqueostomía) y broncodilatadores (por traqueostomía).

97.3. Cita a la consulta de externa de Medicina Familiar, Neurología, Medicina Interna, Medicina de Rehabilitación, Clínica de Heridas, Otorrinolaringología y cita abierta a Urgencias ante cualquier eventualidad, dieta elemental por gastrostomía complementaria.



98. Ya en casa, el 16 de agosto de 2019, V acudió a la consulta externa de Neurología en la que PSP4 refirió que presentó su última crisis convulsiva en abril de ese año, a la exploración física la reportó con apertura palpebral espontánea, pupilas de tres milímetros normorreflécticas sin cánula de traqueotomía con espasticidad⁹³ de miembro torácico derecho, reflejos extenso motores ++/++++ con escara a nivel lumbar y otra a nivel de pierna izquierda, indicando su alta previa explicación del manejo de escaras en el servicio de Cirugía General, seguimiento en su Unidad de Medicina Familiar y estableció como plan terapéutico anticomiciales y dieta polimérica⁹⁴ a base de caseinato de calcio cada 24 horas.

99. A las 02:30 horas del 30 de septiembre de 2019, lamentablemente V falleció en su domicilio por “enfermedad vascular cerebral 8 meses, crisis convulsivas 8 meses y enfermedad de Wernicke 10 meses” de acuerdo a los datos asentados en el acta de defunción, al respecto, personal médico de este Organismo Nacional destacó su desacuerdo con la primera causa de muerte porque desde febrero de 2019 se descartó el evento vascular cerebral, en tanto, las dos últimas desde el punto de vista médico forense fueron secundarias a la omisión del manejo neuroprotector desde que ingresó a Urgencias el 16 de febrero de 2019 y corrección del desequilibrio electrolítico adecuadamente.

100. De esta manera, las acciones y omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos a Urgencias, así como de AR6, AR7 y AR8 del servicio

⁹³ Generalmente causada por daño a la parte del cerebro involucrada en movimientos bajo su control también puede ocurrir a raíz de un daño a los nervios que van desde el cerebro hasta la médula espinal y entre sus síntomas se encuentra la postura anormal.

⁹⁴ Fórmulas nutricionalmente completas en las que los tres nutrientes básicos (proteínas, hidratos de carbono y grasas) se encuentran en forma compleja, es decir, en forma de polímeros o macromoléculas



de Medicina Interna del Hospital General Toluca vulneraron el derecho humano a la salud de V al no haberle brindado la atención sanitaria capaz de generarle mejoría a su primigenio padecimiento mediante prestaciones de salud oportunas y de calidad para evitar su deterioro neurológico, cuyas consecuencias impactaron en su propia vida por lo siguiente.

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA

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

102. La SCJN ha determinado que “El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el



riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).⁹⁵

103. La CrIDH ha establecido que: “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...),⁹⁶ asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).⁹⁷”

104. Este Organismo Nacional ha referido que, “(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.⁹⁸

⁹⁵ Tesis constitucional. “Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

⁹⁶ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

⁹⁷ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

⁹⁸ CNDH. Recomendaciones: 153/2022, párrafo 40, 75/2017, párrafo 61, entre otras.



105. El derecho a la vida y a la protección a la salud tienen profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana,⁹⁹ en el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital General Toluca, así como de AR6, AR7 y AR8 de Medicina Interna constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida como a continuación se acredita.

C.1. Violación al derecho humano a la vida de V

106. Como se documentó, V falleció en su domicilio a las 02:30 horas del 30 de septiembre de 2019, por enfermedad vascular cerebral y crisis convulsivas ambas de ocho meses y enfermedad de Wernicke de 10 meses de evolución, las dos últimas en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fueron secundarias a la omisión del manejo neuroprotector que debió brindarse a V desde que ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General Toluca, esto es, el 16 de febrero de 2019, por lo siguiente:

106.1. V arribó a Urgencias con alteraciones neurológicas a las 18:27 horas del 16 de febrero de 2019, siendo atendida hasta las 22:59 horas por AR1, quien desestimó la realización de un interrogatorio directo e indirecto acucioso para conocer sus antecedentes y última ingesta de alcohol, lo que le hubiera permitido considerar los diagnósticos diferenciales de síndrome de supresión etílica, enfermedad de Wernicke o encefalopatía hepática, los cuales requerían medidas de neuroprotección que no recibió oportunamente, y si bien emitió el

⁹⁹ “Caso Albán Comejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.



diagnóstico presuntivo de enfermedad vascular cerebral, éste fue incorrecto al no haberse realizado una exploración física dirigida basada en escalas FAST y Cincinnati para su certeza, de ahí que fuera incorrecto.

106.2. AR2 ni AR3 consideraron el antecedente de alcoholismo crónico de V, el cual incrementaba el riesgo de que cursara con los diagnósticos diferenciales citados, por ende, tampoco previeron medidas de neuroprotección ni solicitud urgente de tomografía de cráneo para un diagnóstico de certeza con manejo clínico idóneo; aunado a que AR3, AR4 y AR5 no revirtieron la hiponatremia de V, lo cual era de suma importancia por las complicaciones neurológicas que derivaron de su mal manejo el cual en combinación con los antecedentes de V le generó daño neurológico irreversible.

106.3. El 19 de febrero de 2019, AR6 diagnosticó a V, con supresión etílica y crisis convulsivas secundarias (probable estatus epiléptico), sin embargo, omitió su interconsulta a Neurología pese a que estaba ante una urgencia neurológica para la evaluación de factores pronósticos, implementación de tratamiento que finalizara las crisis convulsivas a partir de la corrección de base y las complicaciones sistémicas para prevención de recurrencias (retorno), irregularidad también atribuible a AR7 y AR8.

106.4. Cuando AR8 diagnosticó a V, con enfermedad de Wernicke le indicó complejo B (tiamina), en dosis por debajo de las indicadas en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke.

107. El daño neurológico irreversible causado a V se confirmó con el estudio electroencefalográfico del 11 de marzo de 2019 cuando evidenció disfunción e



hipofunción cortical generalizada (daño cerebral generalizado), así como, disfunción y actividad irritativa corticosubcortical,¹⁰⁰ aunado a que PSP4 indicó que su pronóstico funcional era malo con base en la resonancia magnética y electroencefalograma, por lo cual indicó rehabilitación temprana.

108. V, tenía derecho a ser atendida de manera integral para un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 minimizaron su antecedente de alcoholismo crónico y la afectación directa que dicho padecimiento ocasiona en las personas adultas mayores, de haberlo previsto les hubiera permitido considerar los diagnósticos diferenciales de síndrome de supresión etílica, enfermedad de Wernicke o encefalopatía hepática los cuales requerían medidas neuroprotectoras que hubieran impedido la concretización del daño cerebral irreversible causado, siendo evidente la manera en la cual avanzó al detrimento su estado de salud hasta su lamentable deceso, aspectos que al no haber sido considerados evidenciaron una inadecuada atención médica que les genera responsabilidad por las irregularidades expuestas.

109. Se afirma que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 del servicio de Urgencias, AR6, AR7 y AR8 de Medicina Interna del Hospital General Toluca incumplieron los artículos 27, fracción III, 32, 51, 77 bis 37, fracciones I y II, de la LGS, 48, de su Reglamento; así como, los diversos 8 y 22, del Reglamento del ISSSTE, que en términos generales establecen que el derecho de todo paciente a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral aunado a que los

¹⁰⁰ Término algo impreciso que se refiere a que las neuronas de la corteza cerebral de esa zona que explora el electroencefalograma y presentan actividad anormal espontánea, siendo a menudo dicho hallazgo sugestivo de epilepsia.



médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores.

110. También incumplieron el punto 4.1.1, de la NOM-De Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias vigente al momento de los hechos, que especifica que por urgencia se entiende “todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”, lo que al no haber sido valorado desde su ingreso al Hospital General Toluca incidió en el daño neurológico irreversible que presentó.

111. Dichas personas servidoras públicas vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al haber omitido la apropiada prestación del servicio al que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente la sintomatología de V para brindarle atención médica pronta y de calidad considerando sus antecedentes clínicos lo que al no haber acontecido evidenció la inobservancia a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar acciones o conductas omisas como aconteció, por tanto, no le garantizaron con calidad y oportunidad la atención médica que su estado de salud ameritaba.

112. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 vulneraron el derecho humano a la protección a la salud de V que trascendió hasta la pérdida de la vida por haber incumplido con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la LGS, así como en el contenido de las GPC Diagnóstico y Tratamiento de la



Enfermedad Vascular Isquémica, GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke, GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática y GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en Urgencias Adultos.

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

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

114. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas*



con la salud.”¹⁰¹

115. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,¹⁰² esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.¹⁰³

116. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.¹⁰⁴

117. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud

¹⁰¹ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

¹⁰² CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹⁰³ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁰⁴ Introducción, párrafo dos.



contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.¹⁰⁵

118. Del análisis al expediente clínico de V, se advirtieron las siguientes irregularidades en su integración.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

119. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico por haber advertido constancias sin nombres completos del personal de salud y algunas notas médicas sin continuidad.

¹⁰⁵ CNDH, párrafo 34.



120. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V, igualmente constituyen responsabilidad para AR1 quien omitió un interrogatorio completo que incluyera exploración física acuciosa respecto a sus antecedentes clínicos, por lo cual incumplió lo preceptuado en los puntos 8, 8.1, 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4 y 8.2, de la NOM-Del Expediente Clínico, en los cuales se especifican los aspectos a considerar en los pacientes hospitalizados.

121. AR6 omitió nombre completo, clave, matrícula y/o cédula profesional, por tanto, incumplió con el punto 5.10, de la precitada Norma Oficial Mexicana, que establecen las particularidades de las notas de todo el expediente, irregularidad extensiva a AR2, de quien se deberá investigar su identidad para que en su caso se deslinde la responsabilidad que corresponda, además de haber omitido la nota médica de su valoración de las 09:30 horas del 17 de febrero de 2019, a su vez, AR5 el 18 de ese mismo mes y año, omitió asentar el motivo por el cual indicó manejo con anticomiciales (difenilhidantoína y diazepam) para V, lo cual evidenció el incumplimiento a los puntos 7, 7.1, 7.1.1, 7.1.2 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6 y 7.1.7 de la NOM-Del Expediente Clínico en los que se detallan los requerimientos de las notas médicas del servicio de Urgencias.

122. Respecto a la causa de la muerte de V, relacionada con enfermedad vascular cerebral de ocho meses de evolución, en la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que desde febrero de 2019 se descartó dicho padecimiento, en consecuencia deberá conminarse a las personas servidoras públicas que elaboren los certificados de defunción sean precavidos y apeguen su actuar al contenido del expediente clínico para evitar dichas situaciones, lo cual deberá indagarse para que en su caso, se deslinde en su caso la posibilidad de alguna irregularidad.



123. Aunado a lo anterior, personal médico de esta CNDH asentó que no se pudo establecer el momento en que V ingresó a Medicina Interna porque únicamente consta el formato de historia clínica “mal requisitado” por PMIP sin nota médica de ingreso, por tanto, el personal médico incumplió los puntos 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5 y 6.1.6, de la precitada Norma Oficial Mexicana, así como, los diversos 4.8., 5.13., 5.13.1., de la NOM-234-SSA1-2003, Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, que en términos generales establecen como parte del internado de pregrado que las autoridades de la Institución de salud prevean que los profesores proporcionen a sus alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría ni supervisión que impliquen responsabilidad legal, por lo cual deberá investigarse la identidad del médico de base que omitió supervisar a PMIP para que en su caso se deslinde la responsabilidad que corresponda.

124. Las omisiones de AR1, AR2 y AR5 adscrito a Urgencias y AR6 de Medicina Interna en el Hospital General Toluca si bien no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes, o bien, para deslindar responsabilidades, lo que al no haber observado vulneró el derecho de V, así como de QV, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad, de ahí que se reitere la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

125. La inadecuada atención médica brindada a V atribuible a las personas servidoras públicas mencionadas igualmente afectaron su calidad de persona



adulta mayor, quien al momento de los hechos contaba con 68 años, particularidad que la colocaba en situación de vulnerabilidad como se analizó con anterioridad.

E. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

126. La responsabilidad en que incurrió AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscrito a Urgencias y AR6, AR7 y AR8 del servicio de Medicina Interna en el Hospital General Toluca provino de la falta de diligencia con que se condujeron, lo cual culminó en la violación al derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida de V, persona adulta mayor, a quien no se le brindaron medidas de neuroprotección que requería por su antecedente de alcoholismo crónico como se constató.

127. Las irregularidades en la integración de su expediente clínico también constituyen responsabilidad para AR1, AR2 y AR5 adscrito a Urgencias y AR6 de Medicina Interna en el Hospital General Toluca, así como, para el personal médico de base o encargado de las actividades realizadas por PMIP por haber vulnerado el derecho al acceso a la información en materia de salud en agravio de V y de QV, VI1, VI2 y VI3.

128. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 252, de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que



cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció, tan es así que cuando QV presentó queja ante esta CNDH, V continuaba con vida.

129. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de los médicos referidos por la inadecuada atención médica de V, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, debiéndose además indagar la identidad del personal encargado del triage, de AR2 de Urgencias y del médico de base o supervisor de las actividades realizadas por PMIP en el Hospital General Toluca, para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

130. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad



con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

131. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, persona adulta mayor, así como, de QV, VI1, VI2 y VI3 en lo referente a este último derecho, a quienes se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a través del Formato Único de Declaración, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.



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

133. El ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1, VI2 y VI3, a fin de que dicho Instituto realice el cumplimiento a la medida de compensación con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

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



135. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, VI, VI2 y VI3, atención psicológica y tanatológica con motivo de los hechos de análisis que dieron origen a la presente Recomendación, la cual será proporcionada por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

136. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible y por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctimas indirectas e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, el costo del tratamiento y los medicamentos necesarios. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

ii. Medidas de Compensación

137. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".¹⁰⁶

¹⁰⁶ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.



138. La compensación deberá otorgarse a QV, VI1, VI2 y VI3 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de V considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos; por ello el ISSSTE, deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, VI1, VI2, VI3 y QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a los citados, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

139. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

140. De ahí que deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2 (de quien se deberá investigar su identidad), AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como respecto a las advertidas en la integración del



expediente clínico imputable a AR1, AR2, AR5 y AR6, debiéndose indagar los datos del personal encargado del triage y del médico de base o supervisor de las actividades realizadas por PMIP, todos adscritos al Hospital General Toluca para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

iv. Medidas de no repetición

141. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 al 78, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

142. Las autoridades del ISSSTE deberán implementar e impartir en el término de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en las GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vascul ar Isquémica, GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke, GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática y GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en Urgencias Adultos, y la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigidos a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y demás personas servidoras públicas que resulten responsables extensivo al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital



General Toluca.

143. Dicho curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que incluyan los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias, además, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

144. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General Toluca con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

145. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de VI1, VI2, VI3 y QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen



correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1, VI2, VI3 y QV, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requiera QV, VI1, VI2 y VI3 por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; así como proveerles en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento y por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el IMSS, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2 (de quien se deberá investigar su identidad), AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, así como, respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico atribuibles a AR1, AR2, AR5 y AR6, debiéndose indagar los datos del personal encargado del triage y del médico de base o supervisor de las actividades realizadas por PMIP, todos adscritos al Hospital General Toluca, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de

conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en las GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vasculárica Isquémica, GPC Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía de Wernicke, GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática y GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en Urgencias Adultos y la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigidos a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y demás personas servidoras públicas que resulten responsables extensivo al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General Toluca los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá 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 constancias de participación otorgadas a los asistentes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General Toluca con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica que garanticen que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e



internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

146. 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.

147. 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.

148. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la

fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

149. 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 solicitará 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

CEFM