



RECOMENDACIÓN No. 11/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO Y DE SUS FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 3 EN JIUTEPEC, ASÍ COMO, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N.º. 1 CON MEDICINA FAMILIAR EN CUERNAVACA, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL ESTADO DE MORELOS.

Ciudad de México, a 28 de enero de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2020/462/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 y en diversos servicios del Hospital General Regional 1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General

de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima directa
QV	Quejoso Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

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

Denominación	Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Organismo Nacional u Organismo Autónomo
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto Mexicano del Seguro Social "IMSS"	IMSS
Unidad de Medicina Familiar N°. 3 del IMSS en Jiutepec, Morelos	Unidad de Medicina Familiar 3

Denominación	Acrónimo
Hospital General Regional N°. 1 con Medicina Familiar del IMSS en Cuernavaca, Morelos	Hospital General Regional 1
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto	GPC-Artritis Reumatoide
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Epistaxis	GPC-De la Hemorragia Nasal
Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Lupus Eritematoso Sistémico (LES),	GPC-Del Lupus Eritematoso Sistémico

I. HECHOS.

5. El 8 de enero de 2020, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por QV, quien a su nombre y en representación de sus hijos, personas menores de edad V2 y V3, señaló presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, mujer de 24 años de edad al momento de los hechos, atribuibles a personal de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 y diversos servicios del Hospital General Regional 1, lo que motivó el inicio del expediente CNDH/1/2020/462/Q.

6. QV manifestó que, desde abril de 2018, V1 empezó con problemas de salud, se le caía el cabello, tenía dolor en los oídos, cansancio, hinchazón de manos y rodillas, así como debilidad; y agregó que en noviembre le salieron llagas en diversas partes del cuerpo, dándole tratamiento para anemia; sin embargo, el 28 de diciembre de ese año, fue internada por hemorragia por nariz y boca sin que supieran qué enfermedad padecía, únicamente decían que tenía órganos dañados y cinco días antes de su deceso ocurrido el 10 de enero de 2019, dijeron que quizá era lupus, el cual se confirmó, por lo cual considera que la negligencia, falta de medicinas apropiadas y diagnósticos “malos” contribuyeron en su inadecuada atención médica.

7. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos se obtuvo copia del expediente clínico de V1 con informes respecto a la atención médica brindada en la Unidad de Medicina Familiar 3 y en el Hospital General Regional 1, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja de 8 de enero de 2020, a través del cual QV se inconformó a su nombre, así como en representación de V2 y V3, personas menores de edad ante este Organismo Nacional, con motivo de la atención médica brindada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 3 y en el Hospital General Regional 1, asimismo, adjuntó copia del certificado de defunción de V1 y de las actas de nacimiento de V2 y V3.

9. Oficio 095217614C21/624 de 10 de marzo de 2020, al que el IMSS adjuntó los memorándums 182402200200/D-034/2020 y 180601200200/191/D/2020 de 25 y 26 de febrero de ese año, a los cuales se anexaron los informes de la atención médica otorgada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 3 y en el Hospital General Regional 1 con un listado del personal de salud interviniente.

10. Oficio 095217614C21/0793 de 11 de marzo de 2020, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia del expediente clínico de V1 iniciado en la Unidad de Medicina Familiar 3, del cual se desprendió lo siguiente:

10.1. Nota médica de 13 de junio de 2018, en la cual se diagnosticó a V1, con infección de la cavidad del oído medio (otitis media aguda supurativa) a descartar ruptura de membrana timpánica.

10.2. Nota médica de 5 de julio de 2018, en la que se reportó a V1 con infección del oído (otitis media), disminución de la capacidad auditiva (hipoacusia), entumecimiento y hormigueo en la mano y brazo por pinzamiento de nervio en la muñeca (síndrome de túnel carpiano), refiriéndola a Otorrinolaringología.

10.3. Nota médica de 7 de agosto de 2018, en la que se indicó que V1 presentaba esguince cervical grado I, reacción a estrés agudo y disminución de la capacidad auditiva no especificado en estudio.

10.4. Nota médica de 29 de agosto de 2018, en la que se describió a V1 con alergia (urticaria alérgica).

10.5. Nota médica de 12 de noviembre del 2018, en la que AR1 diagnosticó a V1, con artritis y solicitó estudios urgentes para su revaloración.

10.6. Nota médica de 20 de noviembre del 2018, en la cual AR2 indicó que V1 padecía artritis reumatoide.

10.7. Nota médica de 21 de noviembre de 2018, en la que AR3 diagnosticó a V1, con *“pesquisa especial para artritis reumatoide”*, esto es, estudios para determinar dicha enfermedad.

10.8. Nota médica de 28 de diciembre de 2018, en la cual SP1 diagnosticó a V1, con nivel bajo de plaquetas (trombocitopenia), hemorragia nasal (epistaxis) y anemia.

11. Correo electrónico de 17 de agosto de 2020, al cual el IMSS adjuntó a esta Comisión Nacional, los Memorándums 180112A2151/173/C.M.I/20190 y 182402200200/D-0132/2020 de 12 de agosto de 2020, mediante los cuales el Hospital General Regional 1 y la Unidad de Medicina Familiar 3 indicaron que no realizaron *“pesquisa para artritis reumatoide”* a V1.

12. Oficio 095217614C21/0975 de 26 de marzo de 2020, mediante el cual el IMSS adjuntó a esta Comisión Nacional, copia del expediente clínico de V1 del Hospital General Regional 1, del cual se destacó lo siguiente:

12.1. Resultados de Laboratorio Clínico de 12 de noviembre de 2018.

12.2. Hoja de referencia y contrarreferencia de 21 de noviembre de 2018, en la que AR3 refirió a V1, a Hematología en el Hospital General Regional 1 con diagnóstico de anemia y probable artritis reumatoide.

12.3. Nota de Hematología de 30 de noviembre de 2018, en la cual AR4 diagnosticó a V1, con anemia leve.

12.4. Nota médica realizada en Otorrinolaringología de 28 de diciembre de 2018, en la cual AR5 indicó que le colocó a V1, taponamiento nasal, pasándola a Urgencias para manejo de choque.

12.5. Notas médicas y prescripción de 28 de diciembre de 2018, en la cual se indicó que a V1 se le realizaría hemotransfusión.

12.6. Nota de egreso de 29 de diciembre de 2018, en la cual se reportó a V1, delicada y no exenta de complicaciones, egresándola de Urgencias a Otorrinolaringología.

12.7. Nota médica de Coordinación de Cirugía de 1 de enero de 2019, en la cual AR6 asentó que le retiró a V1, taponamiento nasal sin incidentes y sin datos de sangrado.

12.8. Hoja de indicaciones médicas de AR6 de 1 de enero de 2019, en la cual indicó que V1 permanecería en reposo absoluto.

12.9. Nota médica de “*Neumología interconsulta*” las 13:23 horas de 2 de enero de 2019, en la cual AR7 diagnosticó a V1, con derrame pleural, esto es, acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

12.10. Hoja de indicaciones médicas de 2 de enero de 2019, en la que AR7 asentó el tratamiento de V1.

12.11. Nota médica de 2 de enero de 2019, en la cual AR5 reportó a V1, muy delicada en el servicio de Otorrinolaringología.

12.12. Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería en la que se asentó el manejo clínico de V1, del 31 de diciembre de 2018 al 2 de enero de 2019.

12.13. Nota médica de 4 de enero de 2019, en la cual SP2 diagnosticó a V1, con lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas.¹

¹ Enfermedad inflamatoria ocasionada cuando el sistema inmunológico ataca a sus propios tejidos y puede afectar articulaciones, piel, riñones, glóbulos, cerebro, corazón y pulmones, con síntomas que incluyen fatiga, dolor de articulaciones, sarpullidos y fiebre, y al no tener cura, los tratamientos se enfocan en mejorar la calidad de vida.

12.14. Referencia-Contrarreferencia de 4 de enero de 2019, mediante la cual SP2 solicitó la subrogación de estudios de V1 para confirmar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas.

12.15. Nota de evolución nocturna de 5 de enero de 2019, en la cual personal de Terapia Intensiva reportó a V1, grave con evolución tórpida.

12.16. “*Nefrología valoración*” de 5 y 6 de enero de 2019, en la cual se asentó que por el momento V1 no requería terapia sustitutiva renal.

12.17. Nota médica de Reumatología de 7 de enero de 2019, en la cual se describió a V1, muy grave con estado neurológico no valorable.

12.18. Nota de evolución de UCI cama 07 turno vespertino de 8 de enero de 2019, en la se reportó a V1, grave con riesgo alto de mortalidad.

12.19. Nota médica de 9 de enero de 2019, en la cual se describió a V1, con pronóstico incierto.

12.20. Nota de evolución de la UCI nocturno de 9 de enero de 2019, en la cual se describió a V1, con pronóstico malo y alto riesgo de muerte en cualquier momento.

12.21. Nota de defunción de 10 de enero de 2019, en la cual se asentó como causas: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen no infeccioso con falla orgánica (afección grave por la que se inflama todo el cuerpo) y lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas.

13. Opinión médica de 4 de diciembre de 2020 en la que personal médico de esta Comisión Nacional determinó consideraciones técnicas del caso particular y concluyó que la atención médica proporcionada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 3 y en el Hospital General Regional 1, fue inadecuada.

14. Escrito de 2 de julio de 2021, al que QV adjuntó a esta CNDH, copia del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial presentado ante el IMSS el 11 de enero de ese mismo año.

15. Correo electrónico de 11 de noviembre de 2021 al que el IMSS adjuntó el Acuerdo de 30 de junio de 2021 mediante el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de su H. Consejo Técnico determinó desde el punto de vista médico improcedente el Expediente de Investigación 1 sin lugar a indemnización.

16. Correo electrónico de 14 de diciembre de 2021 mediante el cual QV comunicó a esta CNDH, que no presentó denuncia en la Fiscalía General de la República.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. En el Expediente de Investigación 1, el 30 de junio de 2021, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó que V1 recibió atención médica institucional, oportuna, adecuada y de calidad óptima para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afección severa a diversos niveles y datos de mal pronóstico (edad, rápida progresión y refractariedad al manejo médico), otorgándosele tratamiento multidisciplinario (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Hematología, Otorrinolaringología, Nefrología, Reumatología, Unidad de Cuidados Intensivos) con protocolo de estudio con evolución tórpida y afección progresiva multiorgánica en relación con la historia natural de la enfermedad, por lo cual determinó su improcedencia sin lugar a indemnización por no existir responsabilidad civil.

18. El 11 de enero de 2021, QV presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado ante el IMSS, en la cual solicitó disculpa por escrito, tratamiento psicológico e indemnización para él y sus hijos con motivo del fallecimiento de V1 y el 14 de diciembre de este año, comunicó a esta CNDH, que no presentó denuncia en la Fiscalía General de la República.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

19. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2020/462/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio como de V2, V3 y QV atribuibles a personal de salud de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 y de diversos servicios del Hospital General Regional 1, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

20. 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,² reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

21. 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 como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico*

² CNDH. Recomendaciones: 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.

capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).³

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

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

24. 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 numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”*.⁴

³ 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.

⁴ *“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.

25. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce el derecho a la salud de todas las personas, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, debiendo el Estado adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”⁵, 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 (...)*”.

26. Del análisis realizado, se advirtió que AR1, AR2 y AR3 de la Unidad de Medicina Familiar 3, así como, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos a Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía y Neumología del Hospital General Regional 1, respectivamente, derivado de su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 7, del Reglamento del IMSS, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V1 requería para su oportuno pronóstico, diagnóstico y tratamiento, lo que al no haber acontecido vulneró su derecho humano a la protección de la salud con la consecuente pérdida de la vida y falta de acceso a la información en materia de salud por lo siguiente.

❖ **Antecedentes clínicos de V1.**

27. El 13 de junio y 5 de agosto de 2018, V1, persona del sexo femenino de 24 años de edad acudió a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 con dolor de oído y disminución de su capacidad auditiva, siendo referida a Otorrinolaringología y ante la sensación indolora de hormigueo o adormecimiento (parestesias de extremidad derecha), entumecimiento y dolor en dedo medio de la mano derecha, le fueron solicitadas placas de columna cervical, así como de las manos.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

28. El 7 de agosto de 2018, recibió tratamiento para esguince cervical, disminución de la capacidad auditiva y reacción de estrés agudo;⁶ en tanto, el 29 de ese mes y año, se le atendió su alergia (urticaria) y el 25 de septiembre de 2018, faringitis, padecimientos que, en opinión del experto de esta Comisión Nacional, fue manejados de manera oportuna.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1.

29. Para mejor manejo de la información, se analizará por unidad de atención.

❖ Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 del 12 al 21 de noviembre de 2018.

30. El 12 de noviembre de 2018, V1 acudió a la Unidad de Medicina Familiar 3, donde le indicó a AR1, que desde hacía una semana inició con dolor articular (artritis) y rigidez matutina en ambas rodillas, y al haberla encontrado a la exploración física con dolor desde la base de las articulaciones en ambas muñecas, codos y rodillas (metacarpo falángicas), enrojecimiento y calor del dedo índice y medio de mano izquierda (flogosis), la diagnosticó con artritis a descartar artritis reumatoide y requirió estudios de laboratorio urgentes (sin especificará cuáles) para revaloración.

31. El 20 de noviembre de 2018, V1 le comentó a AR2, que no tenía fuerza para cargar a los niños de la guardería en la que laboraba y al advertirla pálida y con hinchazón en ambas manos y rodillas (edema), solicitó urgentemente radiografías de manos, rodillas y columna lumbosacra para enviarla a Reumatología con diagnóstico de artritis reumatoide, elevación de triglicéridos (hipertrigliceridemia), anemia hipocrómica y plaquetas bajas, con incapacidad por cuatro días.

⁶ La reacción de estrés agudo, conocido como desorden de estrés agudo, choque psicológico, choque emocional, choque mental, o simplemente choque, se refiere a aquella condición psicológica que surge en respuesta de un evento traumático o aterrador.

32. El 21 de noviembre de 2018, AR3, informó a V1, que los resultados de sus placas radiográficas demostraron hinchazón en las articulaciones (falanges inflamadas) y que la derivaría a Reumatología y asentó como diagnóstico, “(...) *pesquisa especial para artritis reumatoide (...)*”, esto es, para investigación clínica que coadyuvara en la determinación de su diagnóstico.

33. El especialista de esta Comisión Nacional advirtió que el primigenio manejo médico de la sintomatología de V1 fue inadecuado con base en lo siguiente:

33.1. AR1 y AR2 debieron realizarle una historia clínica apegada a la GPC- Artritis Reumatoide, que indica indagar antecedentes familiares y personales de enfermedad reumática, comórbidos y tratamientos previos, exploración física y biometría hemática completas (transaminasas, perfil de lípidos y examen general de orina); estudios bioquímicos basales con biometría hemática completa como reactantes de fase aguda (velocidad de limitación globular y proteína C reactiva),⁷ transaminasas,⁸ fosfatasa alcalina,⁹ creatinina sérica¹⁰ y examen general de orina, lo cual no consideraron pese a que coincidieron en su posible diagnóstico de artritis reumatoide.

33.2. Debido a que sus resultados de los estudios de laboratorio de 21 de noviembre de 2018 evidenciaron velocidad de sedimentación globular¹¹ de 52, PCR de 2,251 (normal -10 mg/l) y factor reumatoide 20.2 (normal – de 15 IU/dl), lo que sumado al calor del dedo índice e hinchazón de manos y rodillas, confirmaban una enfermedad autoinmune severa que ameritaba atención inmediata por Reumatología, especialidad que podía determinar un diagnóstico de certeza, limitándose AR2 a solicitar radiografías de manos, rodillas y columna lumbosacra, sin que en ese momento tuvieran mayor

⁷ Se refiere a proteínas plasmáticas que sufren alteraciones durante la inflamación.

⁸ Enzimas que se producen en las células de distintas partes del cuerpo e intervienen en la producción de diversos aminoácidos, las pequeñas moléculas de las proteínas son necesarias para el desarrollo del organismo.

⁹ Proteína que se encuentra en todos los tejidos corporales, y entre los que tienen cantidades más altas son el hígado, vías biliares y huesos.

¹⁰ La creatinina es un producto de desecho presente en la sangre que proviene de los músculos.

¹¹ Dicha prueba versa en un análisis de sangre que puede revelar actividad inflamatoria en el organismo y si bien no es una herramienta de diagnóstico independiente, puede ayudar a diagnosticar o controlar la evolución de una enfermedad inflamatoria.

relevancia para su diagnóstico correcto.

33.3. Aún, cuando AR3, indicó que solicitaría rayos X urgentes para remitirla a Reumatología por hinchazón de articulaciones y pese a la importancia de dicha referencia, priorizó el proceso anémico y su baja de plaquetas y eritrocitos (plaquetopenia) refiriéndola el 21 de noviembre de 2018 a Hematología por “*anemia probable artritis reumatoide*”, soslayando que ambas patologías están interrelacionadas con alguna enfermedad autoinmune (artritis, lupus el eritematoso, enfermedad Sjögren), la cual se gestionaba con rápida evolución, esto es, en 7 días.

33.4. Por tanto, AR3 también incumplió lo establecido en la GPC-Artritis Reumatoide, en la que sugiere para un diagnóstico diferencial de un paciente con poliartritis, verificar causas infecciosas, otras enfermedades de tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, síndrome de sobreexposición, entre otras)¹², artritis reactiva, entre otras, por lo cual debió haber investigado y excluido otras enfermedades causantes de la artritis por historia clínica y examen físico adecuados y estudios de laboratorio, lo que no sucedió.

❖ **Atención del 30 de noviembre de 2018 al 2 de enero de 2019 en el Hospital General Regional 1.**

▪ **Atención en Hematología de 30 de noviembre de 2018.**

34. El 30 de noviembre de 2018, AR3 refirió a V1 a Hematología, siendo atendida por AR4, quien le informó que tenía anemia leve y que iniciaría protocolo por probable artritis reumatoide (enfermedad crónica inflamatoria) porque su problema de pocas plaquetas (trombocitopenia) ya no requería tratamiento.

¹² En términos generales se refiere a enfermedades autoinmunes, afectando el lupus eritematoso sistémico las articulaciones, riñones, piel, membranas mucosas y paredes de los vasos sanguíneos; por su parte, el síndrome de Sjögren es un trastorno del sistema inmunológico caracterizado por sequedad de ojos y boca; en tanto que el síndrome de sobreexposición se refiere a pacientes con criterios diagnósticos de clasificación para dos enfermedades de tejido conectivo.

35. Personal especializado de esta Comisión Nacional indicó que AR4 debió haberla referido inmediatamente a Reumatología, al ser dicha especialidad la responsable de controlar el proceso inflamatorio con el cual cursaba, así como, de vigilar la comorbilidad asociada a dicha enfermedad, máxime cuando su diagnóstico probable se había sustentado con estudios de laboratorio, lo que al no haber sucedido contravino las recomendaciones de la GPC-De la Artritis Reumatoide, aunado a que no le indicó tratamiento, cita subsecuente, ni estableció el motivo por el cual la dio de alta.

- **Atención en la Unidad de Medicina Familiar 3 de 28 de diciembre de 2018.**

36. Las acciones y omisiones citadas, la ausencia de protocolo de estudio completo y la falta de valoración de V1 por Reumatología, impidieron que se detectaran y trataran oportunamente las complicaciones renales irreversibles (nefritis lúpica) y sus alteraciones hematológicas (plaquetopenia y anemia), como se confirmó el 28 de diciembre de 2018, cuando acudió a la Unidad de Medicina Familiar 3 con sangrado nasal abundante (epistaxis), realizándole SP1, taponamiento nasal, derivándola a Urgencias del Hospital General Regional 1.

- **Otorrinolaringología del Hospital General Regional 1 de 28 de diciembre de 2018.**

37. Cuando V1 llegó a Urgencias en el Hospital General Regional 1, comentó a AR5 de Otorrinolaringología, que tenía tres días con sangrado nasal abundante, por lo que encontrarla en mal estado general, TA 80/50 y vómito con sangre (hematemesis) de 300 cc., le colocó taponamiento nasal anterior, lateral y posterior derecho con sonda Foley, con lo cual cedió el sangrado, pasándola a Urgencias para manejo de choque, manejo de soluciones y hemostransfusiones, reportándola grave.

38. Aun cuando el especialista de esta Comisión Nacional destacó que AR5 le colocó el taponamiento nasal a V1 adecuadamente, no pasó inadvertido la falta de

historia clínica completa en la cual indagara los motivos de su sangrado nasal apoyado con exámenes de laboratorio orientados (biometría hemática con cuenta de plaquetas, tiempo de sangrado y tiempos de coagulación TP,¹³ TPPa,¹⁴ TT¹⁵), acorde a lo establecido en la GPC-De la Hemorragia Nasal, lo que generó que su padecimiento avanzara causándole deterioro en su estado de salud.

▪ **Urgencias del Hospital General Regional 1 del 28 al 29 de diciembre de 2018.**

39. V1 permaneció en Urgencias desde las 20:22 de 28 de diciembre de 2018 a las 12:41 horas de 29 de ese mes y año, donde en opinión del personal médico de esta CNDH recibió atención adecuada, se informó a sus familiares que presentaba hemorragia nasal severa con choque hipovolémico GII-III¹⁶ y falla renal aguda, ameritando transfusión y corrección de la baja presión arterial, indicándosele que cuando cumpliera 48 horas, se retiraría el taponamiento nasal y pasaría a piso para que continuara su manejo por Otorrinolaringología, reportándola delicada y no exenta de complicaciones con pronóstico reservado a evolución.

40. Ante la ausencia de notas del 30 al 31 de diciembre de 2018, cuando V1 ingresó a piso, se desconoce su condición clínica y manejo médico, lo cual será valorado en el apartado correspondiente, acreditándose el seguimiento de su atención por Cirugía el 1 de enero de 2019, como se menciona enseguida.

▪ **Cirugía del Hospital General Regional 1 de 1 de enero de 2019.**

41. Hasta las 15:13 horas del 1 de enero de 2019, V1 fue valorada por AR6 adscrito a Cirugía, quien la encontró estable, retirándole el taponamiento nasal sin

¹³ El tiempo de protrombina (TP) es una prueba utilizada para detectar y diagnosticar un trastorno hemorrágico o estado de hipercoagulabilidad sanguínea.

¹⁴ Los niveles elevados del tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPa) indican cuando la sangre tarda en coagularse más tiempo de lo normal, lo que significa que, ante alguna hemorragia o sangrado, se requiere mayor tiempo para taponar la herida.

¹⁵ El tiempo de trombina (TT) evalúa la actividad del fibrinógeno, esto es, que cuando se produce una lesión en un vaso sanguíneo o tejido del organismo y aparece un sangrado, el organismo pone en marcha un proceso de formación de un coágulo en el sitio de la lesión para ayudar a detener el sangrado.

¹⁶ Se refiere al déficit del volumen circulatorio de 40%, las manifestaciones de shock son claras y hay hipoperfusión del corazón (disminución de aporte de sangre a los tejidos) y del cerebro, acompañado con hipotensión, marcada taquicardia alteraciones mentales, respiración profunda y rápida, oliguria franca (disminución de la orina) y acidosis metabólica.

incidentes y sin evidencia de sangrado, indicó doble esquema antibiótico (ceftriaxona y clindamicina), analgésico (metamizol), transfusión sanguínea de un paquete globular, laboratorios (biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación) y administración vía intravenosa de 1000 cm.³ de solución Hartman para 24 horas.

42. Al respecto, el especialista de este Organismo Nacional asentó que AR6 debió haber iniciado protocolo de estudio por anemia severa y sangrado profuso, así como debió solicitar interconsulta y manejo por Hematología o Medicina Interna, sin que aconteciera, acreditándose que después de cuatro días de estancia hospitalaria, su manejo médico fue únicamente sintomático debido a que continuaba sin un diagnóstico de certeza, y en consecuencia, sin tratamiento que le ayudara a restaurar su estado de salud, el cual cada día mermaba más, por tanto dicha persona servidora pública incumplió con el artículo 7, del Reglamento del IMSS, al no haberle procurado una atención médica especializada de calidad y oportuna, como se constata a continuación.

- **Neumología del Hospital General Regional 1 de 2 de enero de 2019.**

43. El 2 de enero de 2019, AR7 adscrito a Neumología reportó a V1 con tensión arterial y saturación de oxígeno normales, frecuencia cardiaca de 32 y agregó que se le había administrado 3000 ml. de líquido en 24 horas, cifra con la cual difirió el especialista de esta Comisión Nacional, debido a que el 1 de ese mismo mes y año, AR6 sólo le prescribió 1000 cm³ de solución Hartman para 24 horas, aunado a que se encontraba en ayuno, lo que evidenció que AR7 soslayó la revisión del balance de líquidos del día anterior al haberse advertido de la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería, que su balance de líquidos cerró con 175 ml. en el primer turno y en el segundo turno con 328 ml., esto, es una ganancia de 503 ml. (medio litro), cifra que no coincide con los 3000 ml. que asentó AR7, quien además la reportó con sobrecarga de líquidos manifestado por “(...) *edema en labios y aftas, mucosa oral seca (...) tórax con taquicardia, respiratorio con Sx de derrame pleural bilateral subescapular*”

[acumulación de líquido entre el espacio pleural] *Ms Is con edema +++ a muslos. Rayos X de tórax con derrame pleural bilateral de predominio derecho (...)*”.

44. Basado en los resultados de sus estudios de laboratorio determinó que V1 cursaba sobrecarga hídrica sin neumonía sólo con derrame pleural y disminuyó soluciones a 250 ml. para 24 horas, inició diurético, dejó albúmina IV cada 12 horas con soluciones y sugirió complementar estudios de laboratorio “*Bh, Qs, PFH, gasometría arterial*” y asentó que quedaría como interconsultante, sin embargo, en la opinión médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que:

44.1. AR7 omitió la adecuada semiología del derrame pleural que diagnosticó con solicitud de tomografías de tórax, clasificación, grado y colocación de sonda endopleural (toracocentesis) para drenaje, toma de cultivo sobre todo investigar cual fue la causa que lo generó.

44.2. Como Neumólogo debió descartar que su sintomatología no fuera por alguna neoplasia o enfermedad autoinmune y no limitarse a brindarle manejo sintomático aunado a que sin criterio de administración de antibióticos le suspendió el que previamente tomaba e inició otro diverso; también debió solicitar interconsulta urgente con Medicina Interna y/o Medicina Intensiva o Crítica por la sobrecarga hídrica, derrame pleural, anemia severa y su edad.

44.3. Tampoco requirió marcadores tumorales para descartar o confirmar un proceso tumoral que pudiera condicionar el derrame pleural, pruebas de PCR, marcadores específicos (antiSM/Smith, Acs Anti centrómero, Acs anti SSB, Acs anti SSA, acn ANCA P, Asc ANCA C, ANA, ANTI DNA, Anticuerpo anti péptido citrulinado cíclico)¹⁷ para descartar alguna enfermedad autoinmune

¹⁷ AntiSM/Smith sirve para detectar anticuerpos en pacientes con esclerosis sistémicas, enfermedad mixta del tejido conectivo, entre otras, y puede aparecer en pacientes con neoplasias, infecciones, con enfermedades autoinmunes o individuos sanos; Acs Anti centrómero, es útil en la evaluación y pronóstico del síndrome de CREST (enfermedad del tejido conectivo) o esclerosis sistémica limitada; Acs anti SSB, relacionada con fotosensibilidad, trombopenia (pocas plaquetas), presencia de factor reumatoideo y vasculitis cutánea; Acs anti SSA, son inmunoglobulinas contra proteínas encontradas en varias enfermedades autoinmunes como síndrome Sjögren, artritis reumatoide, etc.; acn ANCA P, de utilidad para vasculitis autoinmune sistémica y facilita un diagnóstico diferencial entre sus diferentes tipos; Asc ANCA C, sirve para detección de virus como hepatitis, etc.; ANA, detecta lupus eritematoso; ANTI DNA, empleado para diagnosticar lupus eritematoso sistémico y el anti péptido citrulinado cíclico se utiliza para diagnóstico y pronóstico de artritis reumatoide.

como lupus eritematoso máxime que ésta evoluciona con inflamación y acumulación de líquidos en pericardio y/o pleura (serositis), lo que AR7 no consideró.

44.4. Por tanto, AR7 incumplió con la Guía Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural que sugiere toracocentesis en pacientes adultos con derrame pleural bilateral con sospecha de exudado con estudios bioquímicos con criterios de Light para diferenciar entre exudado o trasudado,¹⁸ siendo acordes con exudado aquellos padecimientos como tuberculosis, malignidades, derrame paraneumónico, infarto pulmonar, artritis reumatoide y enfermedades autoinmunes.

▪ **Otorrinolaringología del Hospital General Regional 1 de 2 de enero de 2019.**

45. El mismo 2 de enero de 2019, AR5 valoró nuevamente a V1 e indicó que continuaba con hinchazón (edema) generalizada sin hemorragia nasal anterior ni descarga retranasal,¹⁹ otoscopia con hemotímpano,²⁰ sin dificultad respiratoria y edema de miembros torácicos y pélvicos, por lo cual solicitó estudios de laboratorio y manejo estrecho con Medicina Interna por datos incipientes de edema agudo pulmonar y sobrecarga hídrica y la diagnosticó con sangrado nasal (epistaxis), el cual había cedido, sin embargo, continuó reportándola muy delicada.

46. A criterio del especialista de esta Comisión Nacional, AR5 nuevamente omitió indagar la causa del sangrado nasal y la colección anormal de sangre en el oído medio (hemotímpano) de V1, síntomas que obligaban a ampliar el protocolo de estudio en su especialidad con intervención urgente de Medicina Interna por su inminente gravedad y acorde a la GPC-De la Hemorragia Nasal, en la que sugiere la vigilancia de quienes presenten hemorragia idiopática recurrente o hemorragia

¹⁸ Los criterios de Light se consideran el mejor método para diferenciar los exudados de los trasudados pleurales.

¹⁹ Condición que causa acumulación de gran cantidad de moco en la garganta o nariz, denominada síndrome de tos asociado a patología de la vía aérea superior en el cual la mucosidad provoca tos repetida.

²⁰ Se refiere a la ocupación de la cavidad del oído medio por sangre, signo característico de las fracturas de la base del cráneo, siendo los casos secundarios a epistaxis muy infrecuentes.

grave hasta su recuperación con manejo de su patología de base, circunstancias que en la atención médica de V1 no se contemplaron.

▪ **Valoración en Medicina Interna de 4 de enero de 2019.**

47. La inadecuada atención médica otorgada a V1 en las diferentes especialidades, la falta de adecuado protocolo de estudio sin diagnóstico de certeza después de cinco días de internamiento, provocaron que avanzara al detrimento su estado de salud como lo constató el 4 de enero de 2019, SP2, al haberla reportado con “(...) *síndrome de pulmón-riñón, artritis en estudio, alta probabilidad de lupus eritematoso sistémico vs vasculitis u otra inmune, (...).* *Análisis y plan: mujer de 24 años con datos sugestivos de LES, SLEDAI 2K23 puntos (con los datos disponibles probablemente más elevados en realidad) Falla renal secundaria, probablemente nefritis lúpica con acidosis metabólica e hiperkalcemia, respiración acidótica con taquipnea y datos de agotamiento muscular respiratorio. no se ha descartado hemorragia alveolar (...)*”, lo que ameritó intubación electiva y protección de la vía aérea con catéter venoso central previo consentimiento informado, ajuste de tratamiento con triple antibiótico de amplio espectro e inició de pulsos con metilprednisolona intravenoso cada 24 horas (1/3).

48. En la opinión médica de este Organismo Nacional, SP2 fue la única que estableció un diagnóstico certero con manejo apegado a la GPC-Del Lupus Eritematoso Sistémico, indicándole tratamiento de primera elección para cuadros agudos severos de artritis, trastornos de la sangre o lesión renal, estudios (electrocardiograma, examen general de orina, determinación de sedimento), tomografía simple de cráneo simple (en búsqueda de pólipos o alteraciones que explicarán las hemorragias severas y el hemotímpano) y valoración por Reumatología, aunado a que para confirmar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas solicitó subrogación de marcadores (AntiSM (Smith), Acs anicentromero, AcS Anti SBB, Acs anti SSA, Asc ANCA P., Asc ANCA C, ANA, ANTI-DNA, anticuerpo antipéptido citrulinado cíclico

HLB-B27 b) y ante su inminente gravedad ordenó su ingreso a la UCI como se analiza enseguida, lo cual fue adecuado.

▪ **Atención en la UCI del 5 al 10 de enero de 2019.**

49. El 5 de enero de 2019, V1 ingresó a la UCI con probable enfermedad autoinmune en protocolo de estudio, asentándose en la opinión médica de esta CNDH, que como resultado de sus padecimientos previos para ese momento ya presentaba falla orgánica múltiple lo cual ensombrecía su pronóstico, ya que aun cuando se le valoró conjuntamente con Nefrología y Reumatología ya presentaba daño renal grave (glomérulonefritico), afectación pulmonar (derrame pleural bilateral, el derrame derecho ya drenado y con persistencia del derrame izquierdo), baja de plaquetas (plaquetopenia) y disminución de eritrocitos, complicaciones derivadas del lupus eritematoso, en espera aún de los resultados de laboratorio subrogados para definir un medicamento inmunomodulador idóneo debido a que la tomografía de cráneo descartó alguna lesión vascular isquémica o hemorrágica cerebral, siendo su estado de salud sumamente grave ante el compromiso de órganos y sistemas.

50. Como consecuencia, el 8 de enero de 2019, presentó abundantes secreciones hemáticas y sangrado de cavidad oral condicionado por la falla orgánica múltiple y persistencia de la falla renal a pesar del tratamiento establecido, requirió transfusión y aféresis de plaquetas,²¹ sin embargo, al siguiente día presentó evolución tórpida hacia la gravedad con acidosis metabólica refractaria al manejo de medidas establecidas, iniciándose diálisis peritoneal aguda por Nefrología y una vez que se confirmó el diagnóstico de SP2, es decir, lupus eritematoso sistémico, continuó con manejo a base de inmunoglobulina y metilprednisolona indicado por Reumatología con pronóstico malo con alto riesgo de muerte en cualquier momento, lo cual se informó a los familiares.

²¹ Procedimiento por el cual se extrae la sangre a través de una máquina especializada encargada de su obtención y centrifugación, separando las plaquetas de las demás células y cuando finaliza el proceso, se realiza el retorno de la sangre al donante.

51. Ante su gravedad y a pesar de los esfuerzos realizados en la UCI para restablecer su deteriorado estado de salud, a las 09:00 horas del 10 de enero de 2019, V1 lamentablemente falleció por falla orgánica múltiple secundario a lupus eritematoso sistémico, señalándose en la opinión médica de esta Comisión Nacional que:

51.1. Aun cuando acudió en tiempo y forma a recibir atención médica a la Unidad de Medicina Familiar 3, desde el 12 de noviembre de 2018 se detectaron datos clínicos de sospecha de enfermedad autoinmune sin que AR1, AR2 ni AR3 realizaran una historia clínica completa que les permitiera allegarse de un diagnóstico correcto y su pronta referencia a Reumatología.

51.2. A 18 días de que acudió a su primigenia revisión, esto es, el 30 de noviembre de 2018, AR3 la refirió a Hematología cuando le había comentado que la derivaría a Reumatología, como lo había sugerido AR2 por sospecha de artritis reumatoide, lo que evidenció que AR3 priorizó el seguimiento a la anemia cuando sus estudios de laboratorio demostraban que cursaba algún padecimiento autoinmune que incidió en las complicaciones graves, afectaciones renales y pulmonares ya documentadas.

51.3. Después de 53 días de su primer evento relacionado con enfermedad autoinmune, esto es, el 4 de enero de 2019, SP2 la diagnosticó con lupus eritematoso sistémico y requirió marcadores tumorales para confirmarlo, manejándola con glucocorticoides y valoraciones en la UCI, Reumatología y Nefrología, sin embargo, ante lo avanzado de su padecimiento, respondió desfavorablemente, lo cual era previsible y no se previó durante el tiempo que fue valorada por los diversos especialistas mencionados, quienes al igual que AR1, AR2 y AR3 omitieron indagar su sintomatología para que con base en un correcto protocolo de estudio, se le generara un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno, lo que desafortunadamente no sucedió y contribuyó al deterioro de su estado de salud hasta su desafortunado deceso.

52. Se acreditó que, AR1, AR2 y AR3 adscritos a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3, así como AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos a Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía y Neumología del Hospital General Regional 1, respectivamente, incurrieron en negligencia médica por las acciones y omisiones descritas ya que al no haber indagado el origen del sangrado y demás sintomatología de V1 generó dilación en su diagnóstico y tratamiento apegado a su real padecimiento.

53. Lo cual incidió en el avance al deterioro de su estado de salud y después de 53 días que permaneció sin diagnóstico ni tratamiento a las 09:00 horas de 19 de enero de 2021, lamentablemente falleció por *“falla orgánica múltiple secundario a lupus eritematoso sistémico”*.

54. Por lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 3, así como AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al Hospital General Regional 1, respectivamente, vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones al haber omitido la apropiada prestación del servicio al que estaban obligados proporcionar, evidenciando con las irregularidades acreditadas el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión al no haberse apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar las conductas señaladas que derivaron en la falta de acceso a la salud de V1 con la consecuente pérdida de la vida, ya que debieron identificar y valorar oportunamente su sintomatología mediante un adecuado protocolo de estudio que les permitiera diagnosticarla con certeza y a partir de ello, brindarle tratamiento, sin embargo, transcurrieron 53 días para que se le diagnosticara con lupus eritematoso sistémico e iniciara tratamiento, empero ante el avance al deterioro de su estado de salud, fue insuficiente para asegurarle mejoría.

55. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que desde el 12 de noviembre de 2018, se le indicó un diagnóstico probable de artritis reumatoide, inclusive AR3 la diagnóstico con *“pesquisa para artritis reumatoide”*, sin que fuera valorada por Reumatología, lo que le hubiera permitido indagar sobre su

padecimiento o algún otro como lo diagnosticó SP2, máxime que los resultados de estudios de laboratorio de 21 de ese mismo mes y año, junto con el calor del dedo índice e hinchazón de manos y rodillas confirmaron una enfermedad autoinmune severa que ameritaba atención inmediata por dicha especialidad, lo que nunca sucedió de acuerdo a lo informado a esta Comisión Nacional mediante Memorándums de 12 de agosto de 2020.

56. Al haberse vulnerado el derecho humano a la protección de la salud de V1 que trascendió a la pérdida de la vida, incumplieron los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto, constitucionales, 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción II, 23, 27, fracción III, 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero y fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la LGS; 9, 29 y 48, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad porque los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, así como el contenido de las GPC señaladas, sin soslayar que conforme al último párrafo del artículo 7, del Reglamento del IMSS, dicho Instituto será corresponsable con su personal de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes a quienes deben procurarles atención médica especializada de calidad y oportuna, lo que no sucedió.

57. Sin omitir considerar, que el 30 de junio de 2021, Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó el Expediente de Investigación 1 desde el punto de vista médico improcedente sin lugar a pago de indemnización al haber considerado que cuando V1 “debutó” con lupus eritematoso sistémico con afección severa a diversos niveles y datos de mal pronóstico (edad, rápida progresión y refractariedad al manejo médico), se le otorgó tratamiento multidisciplinario (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Hematología, Otorrinolaringología, Nefrología, Reumatología, Unidad de Cuidados Intensivos) con protocolo de estudio y tratamiento, sin embargo, cursó evolución tórpida y afección progresiva multiorgánica en relación con la historia natural de la enfermedad, por tanto, la atención médica institucional fue oportuna, adecuada y de calidad óptima.

58. Al respecto, no se soslaya que a V1 se le brindó atención adecuada desde su ingreso a Medicina Interna, esto es, hasta el 4 de enero de 2019, cuando SP2 la diagnosticó con lupus eritematoso sistémico, soslayando dicha Comisión Bipartita que tuvieron que transcurrir 53 días para que fuera diagnosticada adecuadamente y se le brindara tratamiento acorde a su padecimiento; temporalidad en la cual se deterioró su estado de salud a consecuencia de la inadecuada atención médica recibida desde el 12 de noviembre de 2018 en la Unidad de Medicina Familiar 3 y a partir del 30 de ese mes y año, cuando pasó por diversos servicios del Hospital General Regional 1 sin diagnóstico certero, limitándose el personal de salud a tratar su sintomatología sin indagar su origen, lo que a consideración del experto de esta Institución incidió en las afectaciones que contribuyeron a su lamentable deceso con independencia del manejo clínico de la UCI, Terapia Intensiva, Nefrología y Reumatología.

59. V1, tenía derecho a ser atendida integral y multidisciplinariamente para un diagnóstico y tratamiento certero, lo cual no aconteció por las razones expuestas, por tanto, AR1, AR2 y AR3 adscritos a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3, así como AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos a Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía y Neumología del Hospital General Regional 1, respectivamente, contribuyeron a su deficiente proceso inicial al no haberle garantizado la atención médica especializada que requería para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde que consideraron que tenía artritis reumatoide la hubieran referido a Reumatología, al ser la especialidad que pudo haber limitado no sólo la progresión de su padecimiento, sino un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno, lo que al no haber acontecido les genera responsabilidad por haber vulnerado su derecho humano a la protección a la salud con la consecuente pérdida de la vida.

60. Por otra parte, a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la

Agenda 2030 de la ONU,²² 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, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del 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, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y diagnostique a los pacientes oportunamente con los medios a su alcance y protocolos para cada padecimiento atendiendo a cada caso particular.

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

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

62. 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.”*²³

63. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,²⁴ 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”*; señalando en el *“Caso Albán Cornejo y otros*

²² Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

²³ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

²⁴ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

vs. Ecuador”, la CrIDH 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”*.²⁵

64. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste *“(…) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (…) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las (…) intervenciones del personal (…) de la salud, (…) el estado de salud del paciente; (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social (…)”*.²⁶

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

66. 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

²⁵ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.

²⁶ Introducción, párr. dos.

e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.²⁷

67. Del análisis realizado a los expedientes clínicos de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico, cuya relevancia radica en la dificultad para la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, asentándose enseguida las irregularidades administrativas advertidas en su integración.

B.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

68. AR1, AR2 y AR3 omitieron la adecuada historia clínica intencionada y dirigida a la búsqueda de los orígenes del padecimiento de V1, que incluyera investigación de sus antecedentes familiares y personales de enfermedad reumática, comórbidos o tratamientos previos, exploración física y biometría hemática completas, transaminasas, perfil de lípidos y examen general de orina y reactantes de fase aguda (velocidad de limitación globular y proteína se reactiva) ante la sospecha de artritis reumatoide, por lo cual contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la NOM-Del Expediente Clínico, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona.

69. En la primigenia valoración de V1 realizada por AR1 el 12 de noviembre de 2018, se omitió la toma de signos vitales, con lo cual vulneró el punto 6.1.2 de la precitada Norma Oficial Mexicana que especifica que la exploración física deberá contener como mínimo hábitos exteriores, signos vitales, peso, talla, lo que AR1 no consideró; por su parte, en la valoración de Hematología de 30 de noviembre de 2018, AR4 no indicó tratamiento, cita subsecuente o motivo por el cual se infiere dio de alta a V1, por lo que incumplió el punto 6.3, de la NOM-Del Expediente Clínico referente a las notas de interconsulta.

70. En cuanto a la falta de notas médicas del 30 al 31 de diciembre de 2018, esto es, después de que V1 ingresó a piso, se incumplió con los puntos 8 y 8.3,

²⁷ CNDH, párr. 34.

de la Nota de evolución, en la que se indica que deberá elaborarla el médico que otorga la atención del paciente cuando menos una vez al día, situación que deberá investigarse a fin de que se deslinde la responsabilidad que corresponda.

71. Las omisiones de AR1, AR2, AR3 y de AR4 impidieron que se determinara la etiología del padecimiento de V1 oportunamente ya que la historia clínica completa resultaba fundamental para allegarse de un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno, el cual no se le brindó por las razones expuestas.

72. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1 representaron un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos y su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento y para deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose su derecho para que se conozca la verdad, reiterando este Organismo Nacional, la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico acorde a la NOM-Del Expediente Clínico, al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

73. No se soslaya que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual es de observancia obligatoria, haciéndose indispensable que el IMSS considere su subsecuente aplicabilidad.

74. Se acreditó que en la integración de los expedientes clínicos de V1, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico.

C. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

75. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se comprobó, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de su vida, por lo siguiente:

75.1. AR1, AR2 y AR3 soslayaron la adecuada historia clínica y exploración física completa de V1, que incluyera estudios especializados para confirmar o descartar el diagnóstico de artritis reumatoide u otro padecimiento acorde a lo establecido en la GPC-De la Artritis Reumatoide, limitándose AR1 a solicitar estudios de laboratorio sin especificar cuáles; y aún, cuando AR2 y AR3 consideraron que probablemente tuviera artritis reumatoide, omitieron interconsulta con Reumatología, tan es así que AR3 la remitió a Hematología.

75.2. En dicho servicio, AR4 estableció que cedió el sangrado nasal sin que la derivara a Reumatología para un diagnóstico certero; similar situación aconteció en Otorrinolaringología el 28 de diciembre de 2018, cuando AR5 le colocó taponamiento nasal sin que indagara los motivos del sangrado con exámenes de laboratorio orientados y atento a la GPC-De la Hemorragia Nasal, omisión en la que persistió el 2 de enero de 2019, pese a su deteriorado estado de salud.

75.3. En Cirugía, el 1 de enero de 2019, AR6 le comentó que tenía anemia severa pero no solicitó valoración por Hematología o Medicina Interna; AR7 de Neumología, el 2 de enero de 2019, omitió verificar el balance de líquidos del día anterior y sin fundamento precisó que V1 presentaba sobrecarga hídrica y derrame pleural, sin que especificara grado o colocara sonda endopleural con toma de cultivo, marcadores tumorales, pruebas de PCR o aquellas específicas para diagnosticar enfermedades autoinmunes y ante el avance al deterioro de su salud debió requerir urgentemente interconsulta con Medicina Interna y Medicina Intensiva o Crítica.

76. Acreditándose el avance al deterioro en la salud de V1, con la valoración que el 4 de enero de 2019 realizó SP2, quien después de 53 días la diagnosticó con lupus eritematoso sistémico, el cual manejó con glucocorticoides y solicitó estudios para confirmación, derivándola a la UCI donde recibió manejo multidisciplinario, sin embargo, sus condiciones de gravedad y complicaciones derivadas de un manejo médico inadecuado desencadenaron en su deceso ocurrido a las 09:00 horas del 10 de ese mes y año, por falla orgánica múltiple secundario a lupus eritematoso sistémico, lo cual pasó desapercibido por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, y AR7, al momento de su respectiva intervención.

77. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, también constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3 y AR4 al haber vulnerado el derecho al acceso a la información en materia de salud de V1 y QV.

78. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 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, y por los numerales 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause suspensión o deficiencia, pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de una persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes, contribuyen al mejoramiento de sus condiciones, lo que no aconteció.

79. En cuanto a la determinación de improcedencia en el Expediente de Investigación 1 desde el punto de vista médico de 30 de junio de 2021 emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, en opinión del personal especializado de esta CNDH, la falta de diagnóstico de certeza con que se le mantuvo desde el 12 de noviembre de 2018 hasta el 4 de

enero de 2019, incidió de manera directa en el paulatino detrimento de su estado de salud como lo constató SP2 cuando la diagnosticó con lupus eritematoso sistémico, encontrándose para ese momento, con daño renal grave, afectación pulmonar, baja de plaquetas y disminución de eritrocitos, complicaciones que incidieron en su fallecimiento y que les genera responsabilidad.

80. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3 de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3, así como de AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos a Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía y Neumología, respectivamente, en el Hospital General Regional 1 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico por AR1, AR2, AR3 y AR4, debiendo la autoridad administrativa considerar las evidencias reseñadas para que en su caso, determinen las responsabilidades con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas.

D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

81. 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.

82. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, se les deberá inscribir junto con V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

83. 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.

84. El IMSS deberá solicitar a la CEAV, la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, a fin de que dicho Instituto realice un pago justo por 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.

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

86. No se omite señalar que en el escrito de queja de QV expresó que sus *“(…) hijos se enfrentan a la pérdida del afecto de su mamá, de la falta de su apoyo y guía, de la incomprensión de lo que pasó y del sustento parcial que ella les daba (…)”*; por tanto, esta Comisión Nacional solicitará al IMSS que priorice su interés superior de la niñez, ya que con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 se vulneró indirectamente el mismo, debiendo brindarles atención psicológica y tanatológica que requieran al igual que a QV atendiendo a la Ley General de Víctimas, así como al interés superior de la niñez, proporcionárseles lo anterior por personal profesional especializado y de forma continua atendiendo a sus necesidades específicas.

87. Aunado a que dicha atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con consentimiento de las víctimas, ofreciéndoles información previa, clara y suficiente, con enfoque diferencial y especializado en todo momento. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo necesario incluyendo de ser indispensable, la provisión de medicamentos.

II. Medidas de Compensación.

88. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64, 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 a sus 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”*.²⁸

89. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de los derechos humanos sufrida por V1, considerando las circunstancias, incluyendo perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables a consecuencia de la violación de derechos humanos, daño moral, lucro cesante, pérdida de oportunidades, daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos; para lo cual el IMSS en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto justo de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que se proceda conforme a sus atribuciones.

III. Medidas de Satisfacción.

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

91. La satisfacción comprende que las personas servidoras públicas señaladas, colaboren con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento

²⁸ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

de la denuncia que se presentará en el Órgano Interno de Control en el IMSS para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones.

IV. Medidas de no repetición.

92. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, debiendo el Estado adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

93. Las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud basado en el contenido de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Lupus Eritematoso Sistémico y la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos al personal de la Consulta externa de Unidad de Medicina Familiar 3 y del Hospital General Regional 1, asegurándose que entre los asistentes se encuentre AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

94. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular al personal de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 3 y del Hospital General Regional 1 con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y de las labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad que se satisfagan los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho que sea supervise durante seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas para garantizar su no repetición con reportes mensuales.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño causado a QV, que incluya una justa y suficiente compensación con motivo de la negligencia médica que contribuyó al deterioro de la y pérdida de la vida de V1 y en términos de la Ley General de Víctimas, se inscriba a V2, V3 y QV en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviarse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue en los términos precisados, atención psicológica y tanatológica atendiendo al interés superior de la niñez de V2 y V3, extensiva a QV con motivo de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 ante el Órgano Interno de Control en el IMSS por las acciones y omisiones precisadas en el apartado de hechos y observaciones de la presente Recomendación, debiendo enviarse a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Implementar en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y

formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud basado en el contenido de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Lupus Eritematoso Sistémico, así como a la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos al personal de la Unidad de Medicina Familiar 3 y del Hospital General Regional 1, asegurándose que entre los asistentes se encuentre AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y remitir a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular dirigida al personal de la Unidad de Medicina Familiar 3 y Hospital General Regional 1 con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y de las labores de prevención en la atención médica para garantizar 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 supervise durante seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas para garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales que se remitirán a este Organismo Nacional.

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.

96. 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.

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA