



RECOMENDACIÓN No. 16 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1 y V2, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CÓRDOBA, VERACRUZ.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º fracciones I, II y III; 15 fracción VII; 24 fracciones II y IV; 42; 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/8896/Q**, relacionados con el caso de V.

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; 1º, 3º; 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 1º, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para 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
AR	Autoridad Responsable
PSP	Persona Servidora Pública

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas, a fin de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como enseguida se refiere:

Denominación:	Acrónimo:
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED

Denominación:	Acrónimo:
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/Organismo Constitucional/CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General de Zona Número 8 del Instituto Mexicano de Seguro Social, en Córdoba, Veracruz	HGZ-8
Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social	UMF
Norma Oficial Mexicana	NOM

I. HECHOS

5. El 19 de septiembre de 2019, este Organismo Nacional recibió la queja de V1 y V2 en la que sustancialmente narraron que el 21 de agosto de ese mismo año, V fue intervenida quirúrgicamente para un reemplazo de marcapasos en el HGZ-8 y al día siguiente fue dada de alta a pesar de presentar malestares que fueron atribuidos a la anestesia.

6. Los malestares de V después de su reemplazo de marcapasos se fueron agravando, tenía fuertes dolores de cabeza, mareos, sudoración, pérdida de

apetito, deshidratación y somnolencia, razón por la cual el 30 de agosto de 2019 fue internada en el Hospital Privado A, en donde, después de practicarle diversos estudios de laboratorio, recomendaron llevarla nuevamente al HGZ-8 para revisarle el marcapasos por posible “*disfuncionalidad*”.

7. El 02 de septiembre de 2019, V ingresó nuevamente al HGZ-8 al área de Urgencias, en donde su salud se deterioró aún más y al preguntar al personal médico de tal hospital les dieron varios diagnósticos y la expectativa de que “*podrían revertir la situación*”; sin embargo, V falleció el 15 de septiembre de ese año.

8. Por ello, V1 y V2 expresaron que V fue víctima de negligencia por parte del personal médico, ya que recibió una deficiente atención en el HGZ-8.

9. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2019/8896/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó información diversa al IMSS y al Hospital Privado A, entre ella los expedientes clínicos de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de 19 de septiembre de 2019, presentado por V1 y V2 ante esta Comisión Nacional, en el que narraron la atención médica inadecuada que V recibió en el HGZ-8.

11. Correo electrónico de 23 de octubre de 2019, por el cual V1 envió a este Organismo Nacional el resumen clínico de V elaborado por el Hospital Privado A, así como el acta de defunción de V.

12. Oficio 095217614C21/3337 de 19 de noviembre de 2019, a través del cual el IMSS envió a esta Comisión Nacional el diverso 3202012151/DM/134/2019 de 29 de octubre de 2019, en el que se anexó un informe respecto a la atención médica que se brindó a V y el expediente clínico correspondiente, del cual se destaca lo siguiente:

12.1. Referencia-contrarreferencia de 25 de junio de 2018 a Cardiología-Clínica de marcapaso del HGZ-8, para recambio de marcapasos a V.

12.2. Nota de Cardiología-Clínica de marcapaso del HGZ-8, de 21 de agosto de 2019, de la que se desprende el recambio de "*Marcapasos Definitivo Unicameral Ensura SR MRI Medtronic*"¹ a V.

12.3. Nota de alta del servicio de Cardiología de fecha 22 de agosto de 2019, suscrita por AR1, donde se dio de alta a V y se asentó que se encontraba asintomática con marcapaso definitivo normofuncional.

¹ El sistema de estimulación *Ensura MRI* posibilita el manejo de la captura auricular y ventricular, con medidas y ajustes automáticos de los umbrales; además, el sistema es compatible con la red "*Medtronic*" que permite el seguimiento de los dispositivos mediante la transmisión de arritmias e información diagnóstica del dispositivo a la clínica del personal médico. Recuperado de <http://www.arcos.com.uy/es/productos/31-31/cardiologia/marcapasos/ensura%C2%AE-marcapasos-bicameral-para-resonancia-magnetica-.html> consultado el 16 de noviembre de 2021.

- 12.4.** Nota de indicaciones de Cardiología de 20 y 21 de agosto de 2019, donde se le prescribió a V dieta blanda, reposo absoluto, inmovilización del brazo izquierdo.
- 12.5.** Electrocardiograma de 22 de agosto de 2019, practicado a V en el HGZ-8.
- 12.6.** Resultados de estudios de laboratorio de 20 de agosto de 2019, realizados a en el HGZ-8.
- 12.7.** Triage y nota médica inicial de Urgencias de 02 de septiembre de 2019 en el HGZ-8, en la que se estableció como diagnóstico de V “*cardiopatía isquémica*” y valoración para marcapasos.
- 12.8.** Electrocardiograma realizado a V en el HGZ-8, el 02 de septiembre de 2019.
- 12.9.** Nota de interconsulta de Cardiología de 02 de septiembre de 2019 en el HGZ-8, en la cual se solicitó valoración a V por técnico de marcapaso para evaluación de integridad.
- 12.10.** Nota de indicaciones médicas de 02 de septiembre de 2019 en el HGZ-8, donde se requirió estudios de laboratorio a V.
- 12.11.** Resultados de laboratorio de 02 de septiembre de 2019, practicados a V en el HGZ-8.

12.12. Electrocardiograma practicado a V el 03 de septiembre de 2019, en el HGZ-8.

12.13. Nota de indicaciones médicas a V, de 05 de septiembre de 2019 en el HGZ-8, en la que se indicó continuar con manejo establecido, y se ordenó estudios de laboratorio y electrocardiograma.

12.14. Resultados de laboratorio de 03 de septiembre de 2019, practicados a V en el HGZ-8.

12.15. Nota de urgencia de 05 de septiembre de 2019, donde V fue diagnosticada con *“infección de vías urinarias, postoperada de marcapaso funcional, síndrome de dificultad respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico”*.

12.16. Historia clínica general y nota de ingreso de V a Medicina Interna, elaborada el 05 de septiembre de 2019, donde fue reportada con diagnóstico en Urgencias de probable dengue, insuficiencia renal aguda, valorada por Cardiología, quien comentó que el marcapasos estaba funcional, así como posibilidad de proceso infeccioso y/o micótico en tubo digestivo.

12.17. Resultados de laboratorio, de 05 de septiembre de 2019, practicados a V en el HGZ-8.

12.18. Hoja de enfermería de evaluación de riesgo para úlcera por presión, de 05 de septiembre de 2019, en la que se asentaron lesiones de V en talones y glúteo.

12.19. Nota médica y prescripción del área de Medicina Interna, de 06 de septiembre de 2019, en la que se reportó a V con soporte y oxígeno suplementario.

12.20. Solicitud para realizar a V estudio radiográficos de columna vertebral, de 06 septiembre 2019.

12.21. Resultados de laboratorio, de 06 de septiembre de 2019, practicados a V en el HGZ-8.

12.22. Nota médica y prescripción del área de Medicina Interna de 09 de septiembre de 2019, que reportó a V con *“evolución tórpida, postrada, hipoactiva, soporosa, no reactiva, gesticulaba a la palpación media con fascias dolorosa, evacuaciones al corriente, signos vitales con hipotensión arterial, taquicardia (100 x’), hipotermia de 35.7°C”*.

12.23. Nota médica y prescripción del área de Medicina Interna de 10 de septiembre de 2019, mediante el cual AR7 reportó a V con *“estupor, ahora hipertensión arterial (160/70 mmHg), taquicardia (109 x’), temperatura de 36.5°C, oximetría de pulso de 97% (normal), aireación disminuida en pulmón derecho, los laboratoriales de control con desequilibrio electrolítico (hiponatremia)”*.

12.24. Nota médica y prescripción del área de Medicina Interna de 11 de septiembre de 2019, donde se asentó que V cursaba evolución tórpida con sospecha de delirium hipoactivo, hasta ese momento con estupor, pobre tolerancia a la vía oral, signos vitales estables, respiración acidótica (*sic*), mucosa oral deshidratada, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible pero con dolor a la palpación de marco cólico y ambas fosas iliacas, habiendo detectado hasta este momento las siguientes pluripatologías: falla renal aguda, desequilibrio hidroelectrolítico por hipernatremia (ya en corrección), anemia G. I OMS, acidosis metabólica, hiperglicemia, dependiendo de suministro de oxígeno, complicada con úlceras por decúbito en seguimiento por módulo de heridas, con cobertura antibiótica (ceftazidima) y micótica (fluconazol) por infección de vías urinarias.

12.25. Indicaciones de Medicina Interna de 11 de septiembre de 2019, donde prescribieron a V dieta a base de líquidos, cuidados generales de enfermería y suministro de medicamentos.

12.26. Resultados de gasometría arterial practicados a V, con acidosis metabólica compensada.

12.27. Solicitud de interconsulta para que V ingresara al servicio de Imagenología, el 12 de septiembre de 2019.

12.28. Nota de valoración por el servicio de Medicina Interna de 12 de septiembre de 2019, que reportó a V con *“deterioro neurológico, sangrado de tubo digestivo, tendiente a la hipotensión arterial y taquicardia, oximetría de pulso de 94%, campos pulmonares disminuida la aireación bilateral, abdomen no valorable, edema en extremidades inferiores (++) , sin canalizar”*.

12.29. Lista de verificación sobre inserción de catéter venoso central de 12 de septiembre de 2019, que se efectuó a V.

12.30. Resultados de laboratorio de 12 de septiembre de 2019, practicados a V en el HGZ-8.

12.31. Indicaciones de Medicina Interna, de 14 de septiembre de 2019, donde se prescribió a V dieta a base de líquidos, cuidados generales de enfermería y suministro de medicamentos.

12.32. Nota medica de Medicina Interna de 13 de septiembre de 2019, en la que se solicitó laboratoriales y revaloración con resultados, se reportó a V con pronóstico malo a corto plazo.

12.33. Lista de verificación de mantenimiento y retiro de sonda vesical realizada a V los días 09, 10, 11, 12, 13, 14 de septiembre de 2019.

13. Opinión médica elaborada por este Organismo Nacional el 09 de julio de 2020, en la que se analizó el expediente clínico, así como la atención médica brindada a V en el HGZ-8 del IMSS y se concluyó que fue inadecuada.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

14. Esta Comisión Nacional no tiene evidencia de que, por los hechos materia de la presente Recomendación, se haya presentado queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS o denuncia ante el Ministerio Público de la Federación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

15. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2019/8896/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque 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 los criterios jurisprudenciales aplicables, de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y a la vida cometidas en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1 y V2, atribuibles al personal médico AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, adscritos al HGZ-8 del IMSS.

16. Lo anterior, en razón a las consideraciones expuestas en el siguiente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

17. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

18. Es atinente la jurisprudencia administrativa que refiere: *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”*²

19. 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 (...).”*

20. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³, señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

² 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.

³ Ratificado por México en 1981.

21. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, se refiere al derecho a la salud, como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).”⁴*

22. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*.

23. En los artículos 10.1, así como en los incisos a) y d) del 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 que todas las personas tienen derecho a la salud, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

⁴ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

24. La CrIDH en el Caso Vera Vera y otra vs Ecuador⁵ estableció que: “(...) *los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).*”

25. Este Organismo Nacional el 23 de abril de 2009, emitió la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, en la que se aseveró que: “(...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.*”⁶

26. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 omitieron brindar a V la atención médica adecuada y oportuna en su calidad de garante que les obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud vigente, lo que se tradujo en una mala praxis⁷ y en consecuencia, la evidente violación al derecho humano a la protección de la salud de V que derivó en la pérdida de su vida, como se esgrimirá más adelante.

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

⁶ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

⁷ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en *Responsabilidad profesional de Enfermería*, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V

27. El 08 de agosto de 2019, V acudió el servicio de Cardiología del HGZ-8 del IMSS, donde le detectaron parámetros del marcapasos definitivo bicameral con batería restante de 1 mes y estableció como diagnóstico *“marcapasos definitivo funcional en modalidad ERI”* (indicación de reemplazo oportuno), por lo que fue programada para internamiento el 20 de agosto de 2019.

28. El 20 de agosto de 2019, V fue internada en el servicio de Cardiología del HGZ-8, a cargo del médico tratante de Cardiología AR1, quien indicó se practicarán laboratoriales preoperatorios y cuyos resultados reportó dentro de parámetros aceptables.

29. El 21 de agosto de 2019, previa anestesia local y sedación endovenosa, AR1 efectuó el recambio de marcapasos definitivo unicameral/V.V.I. (V Estimula en el ventrículo, V Sensa en el ventrículo e I es inhibido en el ventrículo), sin complicaciones, sangrado mínimo, realizó electrocardiograma de control y encontró ritmo de marcapasos con frecuencia cardíaca ventricular media de 60 latidos por minuto y con captura del 100% con espiga de marcapasos conduciendo adecuadamente con imagen de bloqueo de rama izquierda del haz de His, lo que significa que V presentaba una arritmia cardíaca, la radiografía de tórax de control con electrodo ventricular dirigido hacia cavidades derechas normoinserido alojado a pared libre del ventrículo derecho y sin presencia de neumotórax; es decir, que el marcapasos estaba colocado adecuadamente en el ventrículo del corazón y no

presentaba complicaciones pulmonares, por lo que AR1 prescribió el reinicio de dieta a tolerancia, reposo absoluto, inmovilización de brazo izquierdo por 12 horas, antibiótico profiláctico (cefotaxima), analgésicos (ketorolaco, paracetamol), protector gástrico (omeprazol), y determinó su pre-alta.

30. El 22 de agosto de 2019, V se encontró asintomática, signos vitales estables, herida quirúrgica subclavia izquierda bien afrontada con marcapaso definitivo normofuncional, como lo indicó el electrocardiograma correspondiente, por lo que egresó del HGZ-8 ese día con diagnóstico de recambio de marcapaso definitivo unicameral en subclavia transversa izquierda, para continuar su control y manejo en UMF para retirarle los puntos de sutura en 15 días, con cita abierta a Urgencias, cita a clínica de marcapasos a los 4 meses (diciembre de 2019), y se le prescribió antibiótico (levofloxacino), analgésico (paracetamol), para continuar con resto del manejo médico crónico establecido sin cambios.

31. Del 30 de agosto al 02 de septiembre de 2019, V permaneció internada en el Hospital Privado A, donde los médicos tratantes realizaron un resumen médico que fue aportado por V1 y V2 a esta Comisión Nacional, del que se desprende que V ingresó con diagnósticos de *“cardiopatía isquémica crónica con marcapaso, arritmia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica, hiperuricemia, infección de vías urinarias, probable candidiasis esofágica”*, con los antecedentes ya comentados.

32. De acuerdo con lo expuesto por V1 y V2 a este Organismo Nacional, 10 días previos a su ingreso al Hospital Privado A, V comenzó a presentar cansancio y debilidad (astenia y adinamia), disminución del apetito (hiporexia), todo ello posterior a la recolocación de marcapasos, además de náuseas.

33. Por ello, en el Hospital Privado A realizaron a V un protocolo de estudio, el cual evidenció pruebas de función renal elevadas, leve plaquetopenia de 132,000 y examen general de orina con datos de proceso infeccioso, urocultivo con presencia de *S. Aureus* (es una bacteria anaerobia facultativa, grampositiva, que causa infecciones nosocomiales –consecuencia habitual de una manipulación del tracto urinario–). Durante su estancia intrahospitalaria presentó disnea (dificultad para respirar), palpitaciones, hipotensión y oscilaciones en su frecuencia cardiaca, por lo que le suministraron antiarrítmicos (amiodarona y propafenona), antipirético (paracetamol), antibiótico de amplio espectro (ceftriaxona), levotiroxina, antimicótico (fluconazol); con signos vitales estables, oligúrica (disminución de la producción de orina). Requería manejo intrahospitalario multidisciplinario y verificar funcionalidad de marcapaso, fue reportada grave.

34. El 02 de septiembre de 2019, V fue valorada por AR1, quien la refirió portadora de marcapasos definitivo por diagnóstico de fibrilación auricular de respuesta variable con evento de bradicardia extrema, con último recambio el 21 de agosto de 2019, descartó disfunción de marcapaso, con presencia de fibrilación

auricular de respuesta ventricular rápida, estableció los diagnósticos de urosepsis⁸, desequilibrio electrolítico, hiponatremia moderada a severa, deshidratación, insuficiencia renal crónica agudizada, fibrilación auricular crónica de respuesta ventricular rápida, portador de marcapaso definitivo, hipotiroidismo. AR1 requirió valoración de V por técnico de marcapaso para evaluación de integridad, continuó a cargo de Urgencias y manejo conjunto por Cardiología y, finalmente, la reportó a familiares como grave.

35. Sin embargo, AR1 omitió realizar un interrogatorio dirigido para establecer desde cuándo cursaba con dicha sintomatología, también omitió reportar los laboratoriales de control que le habían solicitado a su ingreso y requerir perfil tiroideo, valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos al diagnosticar a V con urosepsis y fibrilación auricular crónica de respuesta ventricular rápida. De igual manera, fue omiso en pedir de inmediato la valoración por técnico de marcapaso, ya que se trataba de una persona mayor, perteneciente a un grupo vulnerable.

36. Con lo anterior, AR1 incumplió lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, la cual señala lo siguiente:

⁸ La orina se produce en los riñones mediante un sistema complicado de selección de sustancias y agua. Todo el trayecto que recorre la orina desde los riñones hasta su expulsión debe mantenerse estéril. Cualquier contaminación se denominará *urosepsis*, que puede ir desde una contaminación asintomática de la uretra, hasta una infección severa a nivel de los riñones y ocasionar pielonefritis y/o absceso renal, sepsis (infección generalizada) y, si no es tratada, hasta la muerte. Recuperado de https://www.medicasur.com.mx/es_mx/ms/ms_ts_genito_Infeccion_de_vias_urinarias consultado el 16 de noviembre de 2021.

*“(...) Referencia a la unidad de cuidados Intensivos (UCI):
Pacientes con diagnóstico de sepsis grave con lactato >4 mmol/L,
sepsis grave de alto riesgo, choque séptico. En pacientes con
calificación de la escala APACHE II ≥ 15 y < 30 , de acuerdo a la
valoración del médico adscrito a la UCI (...).”*

37. Asimismo, inobservó lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 6.2 y 6.3, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en sus artículos 9, 48 y 72, los que sustancialmente disponen que la atención médica debe llevarse a cabo con apego a los principios éticos y científicos que orientan la práctica médica, las personas usuarios de servicios médicos tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad que sean éticamente responsables, y que todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en riesgo la vida, un órgano o la función de éste, deberá ser entendida y tratada de forma inmediata como una urgencia médica.

38. AR1 incumplió lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en su artículo 7, que señala que “[los] médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores (...).”

39. Ese mismo 02 de septiembre de 2019, a las 23:30 horas, V fue valorada por AR2, quien la diagnosticó con *“infección del tracto urinario en tratamiento, portadora de marcapasos definitivo funcional, fibrilación auricular permanente, hipotiroidismo funcional, hiponatremia crónica, insuficiencia cardiaca congestiva*

Clase funcional II NYHA” (ligera limitación de la actividad física; confortables en reposo; la actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso), con astenia y adinamia, signos vitales estables; a la exploración física orientada, tranquila, mucosas orales moderadamente hidratadas, tórax sin integrar síndrome pleuropulmonar, abdomen sin alteraciones, extremidades pélvicas con edema pretibial, con proceso infeccioso a nivel urinario y hiponatremia sin criterios para reposición aguda; por lo que continuó con tratamiento establecido y lo informó a sus familiares.

40. AR2 omitió realizar a V un interrogatorio completo para determinar si cursaba con algún sangrado, reportar los laboratoriales completos de control y la radiografía de tórax, solicitados al ingreso de V, que fue catalogada con una urgencia, pasando desapercibido que se evidenció plaquetopenia moderada y las alteraciones renales, así como probable dengue.

41. AR2 tampoco indicó los tiempos de coagulación y valoración por la unidad de cuidados intensivos, ya que V presentaba fibrilación auricular y era una persona mayor, lo cual incumplió con la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue, y con la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, las cuales establecen los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica.

42. AR2 fue omiso en observar lo establecido en los numerales 4.1.1 y 6.2.5, de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; los artículos 9, 48 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de

Atención Médica, así como el numeral 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

43. El 03 de septiembre de 2019, a las 09:30 horas, V fue valorada por AR3, quien la reportó con diagnóstico de *“hipotiroidismo en tratamiento, marcapaso probable disfuncional, fibrilación auricular en tratamiento, insuficiencia cardiaca”*, asintomática, signos vitales estables. A la exploración física la encontró consciente, abdomen sin datos de irritabilidad peritoneal, extremidades sin alteraciones, paciente que continuaba a cargo de AR1, en espera de valoración por técnico de marcapasos por la tarde, informó a familiares que el estado de salud de V era grave, con pronóstico malo para la vida y función.

44. De acuerdo con la opinión médica especializada realizada por este Organismo Nacional, en su atención a V, AR3 omitió realizar interrogatorio completo para determinar si cursaba con algún sangrado, reportar los laboratoriales completos de control y la radiografía de tórax solicitados desde el ingreso de V, que fue catalogada con una urgencia el día previo, pasando inadvertido que se evidenció *“plaquetopenia moderada (59,000/mm³), alteraciones renales y probable dengue”*.

45. También, AR3 omitió pedir tiempos de coagulación, nueva biometría hemática completa, ultrasonido de abdomen y valoración por la unidad de cuidados intensivos al presentar fibrilación auricular y ser una paciente adulta mayor, con lo cual incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, que indica los criterios de funcionamiento y atención en

los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica; la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

46. A las 15:00 horas del mismo 03 de septiembre de 2019, V fue valorada por AR1, quien reportó diagnóstico de *“urosepsis en tratamiento, desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia), deshidratación e insuficiencia renal crónica agudizada en remisión, fibrilación auricular crónica de respuesta mayor, portadora de marcapasos, probable dengue”*, mejoría en su estado de hidratación y neurológico, signos vitales estables, laboratoriales con mejoría de sodio, pruebas de función renal elevadas, leucocitos y glucosa normales, adecuada mejoría clínica a manejo médico establecido, mejor estado de hidratación y electrolitos. Se realizó revisión por técnico de marcapasos encontrándolo con normal funcionamiento, en ese momento sin más que ajustar por Cardiología, por lo que la dio de alta de dicha unidad médica, para continuar manejo por los servicios de Urgencias Médicas y Medicina Interna.

47. Es importante señalar que AR1 reportó en su nota médica que observó un descenso paulatino de plaquetas, por lo que ante este cuadro clínico no debía descartarse la presencia de dengue.

48. La opinión médica elaborada por esta Comisión Nacional señaló que AR1 fue omiso en realizar interrogatorio completo, para determinar si cursaba con algún sangrado, reportar la radiografía de tórax que le fue solicitada el día previo, omitió realizar protocolo de estudio con pruebas de función hepática, tiempos de

coagulación, requerir ultrasonido abdominal y estudios confirmatorios de probable dengue, efectuar ecocardiograma, pedir valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con urosepsis y fibrilación auricular en esta paciente de edad extrema y múltiples comorbilidades, lo cual inobservó la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto, así como la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue, que establece lo siguiente:

“(...) Fase febril (1° al 5° día); La biometría hemática solo se deberá solicitar en el primer contacto de los pacientes que presentan comorbilidades y extremos de la vida. Pruebas confirmatorias: solicitar NS1 (antígeno de proteína no estructural) durante los primeros 5 días de fiebre para conocer si el paciente cursa con dengue. Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT PCR). Fase crítica: tomar biometría hemática completa, tiempos de coagulación y pruebas de función hepática en todos los pacientes con datos de alarma con estudios de control acordes con la evolución de la enfermedad y con bases clínica, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal, ecocardiograma, electrocardiografía. Se manifiesta por estado de choque, hemorragias severas, afección orgánica múltiple. Pruebas confirmatorias: Solicitar IgG/IgM después de 5 a 7 días de la enfermedad, como prueba confirmatoria para dengue... Adulto mayor (...). Los adultos mayores deben ser hospitalizados para evaluar periódicamente su condición y reserva orgánica, con

auxiliares de diagnóstico, de acuerdo con la etapa clínica y su evolución. Requieren de ajustes del régimen de líquidos para evitar o reducir al mínimo las complicaciones (...).”

49. AR1 incumplió lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

50. Ese mismo 03 de septiembre de 2019, a las 15:15 horas, V fue valorada por AR4, quien reportó urosepsis en tratamiento, desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia), deshidratación y enfermedad renal crónica agudizada en remisión, portadora de marcapaso definitivo y probable dengue, odinofagia y disfagia, uresis por sonda. Estableció diagnóstico de *“probable dengue con datos de alarma”*, por lo que refirió complementar protocolo de estudio para descartar probable enfermedad transmitida por vector (dengue), dada la sintomatología previa (fiebre, mialgias y artralgias), solicitó laboratoriales de control (BHC, ES, PFH y EGO) y ultrasonido hepático.

51. No obstante, AR4 fue omiso en reportar los laboratoriales, es decir, la radiografía de tórax requerida desde su ingreso, pedir laboratoriales de control con tiempos de coagulación urgentes, estudios confirmatorios para descartar o confirmar la presencia de dengue, tampoco solicitó valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con leve palidez, urosepsis y con probable dengue, lo que en una paciente adulta mayor son datos de alarma.

52. Con lo anterior, AR4 incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue, que en la parte conducente señala:

“La biometría hemática solo se deberá solicitar en el primer contacto de los pacientes que presentan comorbilidades y extremos de la vida. Pruebas confirmatorias: solicitar NS1 (antígeno de proteína no estructural) durante los primeros 5 días de fiebre para conocer si el paciente cursa con dengue. Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT PCR). Pruebas confirmatorias: Solicitar IgG/IgM después de 5 a 7 días de la enfermedad, como prueba confirmatoria para dengue (...).”

53. Asimismo, inobservó lo dispuesto en la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, la que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

54. El 04 de septiembre de 2019, a las 20:00 horas, V fue valorada por AR5 del servicio de Urgencias, quien la reportó quejumbrosa por dolor abdominal, con signos vitales estables, a la exploración física consciente, orientada, palidez de tegumentos, respiración oral, poco cooperadora con oxígeno suplementario, mucosas orales sub hidratadas, ruidos cardiacos arrítmicos de buen tono e

intensidad, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen blando depresible con dolor a la palpación media y profunda en cuadrante inferior derecho.

55. AR5 estableció que V cursaba con diagnósticos de *“lesión renal aguda, fibrilación auricular con respuesta ventricular mayor, marcapaso definitivo normofuncional, dolor abdominal en estudio a descartar apendicitis aguda del anciano”*. Requirió gasometría arterial, examen general, radiografía de abdomen de pie y decúbito simples, a descartar cuadro apendicular, recabar examen general de orina, continuó con manejo establecido.

56. Sin embargo, AR5 fue omisa en pedir estudios de control (BH, tiempos de coagulación), estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como ella misma lo señaló, solicitar valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con urosepsis, quejumbrosa, con disminución de la oxigenación y al servicio de cirugía general para descartar apendicitis aguda del anciano al reportarla grave, con lo que incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto, que señala que en la referencia a la unidad de cuidados intensivos de pacientes con diagnóstico de sepsis grave será con *“lactato >4 mmol/L”*; en pacientes con sepsis grave de alto riesgo y choque séptico.

57. De igual forma, AR5 inobservó lo indicado en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue, que en la parte correspondiente establece:

“(...) Fase febril (1° al 5° día); La biometría hemática solo se deberá solicitar en el primer contacto de los pacientes que presentan comorbilidades y extremos de la vida. Pruebas confirmatorias: solicitar NS1 (antígeno de proteína no estructural) durante los primero 5 días de fiebre para conocer si el paciente cursa con dengue. Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT PCR). Fase crítica: tomar (...) en todos los pacientes con datos de alarma con estudios de control acordes con la evolución de la enfermedad y con bases clínica, radiografía de tórax (...).”

58. AR5 incumplió lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, que indica los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como en lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

59. A las 23:00 horas del mismo 04 de septiembre de 2019, V fue valorada por AR2, quien le diagnosticó *“lesión renal aguda, con marcapaso definitivo normofuncional, dolor abdominal por probable apendicitis aguda del anciano”*.

60. AR2 omitió referir la oxigenación de V en ese momento, tampoco requirió se le realizaran laboratoriales de control y tiempos de coagulación, así como estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para descartar o

confirmar la presencia de dengue como se había señalado en notas previas, requerir valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con acidosis metabólica y al servicio de cirugía general urgente para descartar apendicitis aguda del adulto mayor, al reportarla grave, con lo cual incumplió lo indicado en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto, que establece que en la referencia a la unidad de cuidados intensivos de pacientes con diagnóstico de sepsis grave será con *“lactato >4 mmol/L”*; en pacientes con sepsis grave de alto riesgo y choque séptico.

61. AR2 incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como en lo señalado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

62. El 05 de septiembre de 2019, a las 11:30 horas, V fue valorada por AR3, quien la reportó con diagnósticos de *“infección de vías urinarias, postoperada de marcapaso funcional, síndrome de dificultad respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico”*, en ese momento en sueño fisiológico, signos vitales estables, cuello, cardioventilatorio, abdomen y extremidades sin alteraciones, con pronóstico malo para la vida y la función.

63. Sin embargo, AR2 omitió referir la oxigenación de V en ese momento, reportar los laboratoriales de control que se habían practicado el día previo, pedir estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para descartar o

confirmar la presencia de dengue como se había señalado en notas previas, requerir valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con síndrome de dificultad respiratoria y grave; pasando inadvertida la probable *“apendicitis aguda del anciano”*, ya que el día previo habían comentado que cursaba con dicha patología y habían solicitado valoración por cirugía general; asimismo, el probable dengue con datos de alarma que desde su ingreso se reportó.

64. Con lo anterior, AR2 incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

65. Ese mismo 05 de septiembre de 2019, a las 22:30 horas, V fue ingresada al servicio de Medicina Interna por indicación de AR6, quien la reportó con los antecedentes ya indicados, con diagnóstico en Urgencias de *“probable dengue, insuficiencia renal aguda”*, valorada por Cardiología, quien comentó que el marcapasos estaba funcional, así como *“posibilidad de proceso infeccioso y/o micótico en tubo digestivo”*, con posibilidad de sepsis (choque séptico), sin descartar la posibilidad de descompensación por hipotiroidismo, por lo que se solicitó perfil tiroideo, laboratoriales de control (BH, QS, ES, TP, TPT, INR) y valoración por el servicio de Cirugía General ante la posibilidad de abdomen quirúrgico, le prescribió soluciones intravenosas a requerimiento con

multivitamínico, control estricto de líquidos, antibiótico (ceftazidima), destroxix cada seis horas.

66. Al observar AR6 el deterioro neurológico, hipotensión y taquicardia de V, con posibilidad de sepsis (choque séptico), sin tener que descartar abdomen quirúrgico, en condiciones inestables y muy grave, omitió requerir valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos y/o cirugía general, o cuando menos escalar en el tratamiento antimicrobiano, solicitar laboratoriales de control urgentes, tomografía de cráneo, estudios confirmatorios ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para diagnosticar dengue.

67. Con lo anterior, AR6 incumplió lo indicado en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la Guía de Práctica Clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

68. Es importante mencionar que, si bien es cierto existe constancia que se informó a los familiares de V sobre su estado grave de salud y ellos no aceptaron que le fuera suministrado apoyo mecánico ventilatorio, también es cierto que ello no excluye al personal de salud a cargo de brindar el tratamiento idóneo al paciente, como lo dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia

de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

69. El 06 de septiembre de 2019, a las 11:00 horas, V fue valorada por AR7, quien la reportó con soporte y oxígeno suplementario, dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, resto de signos vitales estables, respiración apneiforme (cese o pausa respiratoria), ruidos cardiacos rítmicos con taquicardia, saturando al 99%, abdomen doloroso en fosa iliaca derecha, con datos francos de alarma, no descartó apendicitis modificada del adulto mayor, edema en partes declives, y fue hasta este momento que requirió interconsulta al servicio de cirugía general, gasometría arterial y electrocardiograma, agregó al manejo analgésico (paracetamol), levotiroxina, antihipertensivo (metoprolol) vía oral y recabar laboratoriales de control.

70. No obstante, AR7 omitió descartar sangrados, explorar neurológicamente a V, ampliar cobertura antimicrobiana, ordenar la práctica de laboratoriales de control, estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax, para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado en notas previas de Urgencias por parte de AR6, que ingresó a V el día previo, así como solicitar tomografía de cráneo, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos, neurología, geriatría y cirugía general al reportarla con datos francos de alarma, lo cual incumplió con lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

71. El 07 de septiembre de 2019, V fue valorada por AR8, quien la reportó con diagnóstico de *“choque séptico, infección de vías urinarias, cardiopatía isquémica crónica con marcapasos, insuficiencia renal crónica agudizada”*, a la exploración física despierta, mucosa oral reseca, cardioventilatorio con rudeza, abdomen con dolor generalizado, extremidades inferiores con edema, en muy mal estado general, cambió el antibiótico por reporte de bacterias multirresistentes sensible a vancomicina, suspendió la ceftazidima, dejó pendiente el electrocardiograma, agregó al manejo por la mañana amiodarona y suspendió por la tarde, reajustó las soluciones intravenosas, la reportó muy grave con pronóstico malo para la vida y función a muy corto plazo.

72. De acuerdo con la opinión médica especializada que realizó esta Comisión Nacional al caso clínico de V, AR8 omitió investigar la presencia de sangrados, pedir laboratoriales de control seriados, estudios confirmatorio y radiografía de tórax, para descartar o confirmar la presencia de dengue, como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni Medicina Interna lo habían confirmado, omitió requerir tomografía de cráneo, valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos al reportarla en muy mal estado general y que no comía desde su ingreso, incumpliendo con ello lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

73. El 08 de septiembre de 2019, a las 09:40 horas, V fue valorada por AR7, quien refirió que estaba enterado de la evolución, propuso colocación de sonda nasogástrica y los familiares no aceptaron.

74. Cabe señalar que aun cuando los familiares de V no aceptaron la colocación de la sonda nasogástrica, AR7 omitió tomar los signos vitales de V, no investigó posibles sangrados, tampoco pidió que se le practicaran estudios laboratoriales de control seriados, así como requerir estudios confirmatorios y radiografía de tórax obligados por el antecedente de plaquetopenia y probable dengue, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni de Medicina Interna habían confirmado tal diagnóstico, también omitió solicitar valoración inmediata por unidad de cuidados intensivos.

75. Con lo anterior, AR7 incumplió lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 6.2, 6.2.3, 6.3 y 8.1.3, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

76. Ese mismo día 08 de septiembre de 2019, a las 22:50 horas, V fue valorada por AR6, quien la reportó con choque séptico secundario, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica marcapasos, en ese momento sólo con respuesta a estímulos dolorosos, con hipotensión arterial, taquicardia, oximetría de pulso de 87% (por debajo de lo normal), a pesar de oxígeno suplementario a 6 litros por

minuto, campos pulmonares con aireación disminuida en bases, ruidos cardiacos por marcapasos, en espera de perfil tiroideo, sugirió tomografía de cráneo ante encefalopatía. Finalmente, reportó a V muy grave y agregó a su manejo clínico vendaje suave de extremidades inferiores.

77. AR6 fue omiso en investigar la presencia de sangrados, tampoco requirió estudios confirmatorios y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue, tal como se había señalado en Urgencias y desde su ingreso a Medicina Interna, igualmente omitió ordenar una tomografía de cráneo, laboratoriales de control y perfil tiroideo urgente, así como valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos, con lo que incumplió lo observado en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 6.2, 6.2.3, 6.3 y 8.1.3; en el artículo 9, 48 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como lo dispuesto en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

78. El 09 de septiembre de 2019, a las 08:40 horas, V fue valorada por AR7, quien la reportó con evolución tórpida, postrada, hipoactiva, soporosa, no reactiva, gesticulaba a la palpación media con fascies dolorosa, evacuaciones al corriente, signos vitales con hipotensión arterial, taquicardia, hipotermia de 35.7°C, con mucosa oral deshidratada, sin comunicar ni obedecer comandos, con suministro de oxígeno por puntas nasales, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen sin rigidez de pared abdominal, pero con dolor a la palpación de marco cólico, descartó *“apendicitis modificada del anciano”*, tanto por cirugía general como

“ultrasonográficamente” (sic), suspendió antibiótico (vancomicina), ordenó la elaboración de laboratoriales de control urgentes y valoración por geriatría.

79. A las 23:38 horas de ese mismo 09 de septiembre de 2019, AR9 suministró a V una dosis única de solución glucosada; sin embargo, del análisis realizado al expediente clínico de V, no se advirtió que AR7 y AR9 hayan investigado la presencia de sangrados, ni solicitaron tomografía de abdomen al presentar V dolor a la palpación de marco cólico.

80. Tampoco se advierte que requirieran estudios confirmatorios ni radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni Medicina Interna confirmó o descartó tal diagnóstico, no pidieron tomografía de cráneo, laboratoriales de control seriados (BH y tiempos de coagulación) y perfil tiroideo urgente, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos, con lo que se incumple lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

81. El 10 de septiembre de 2019, a las 09:40 horas, V fue valorada por AR7, quien comentó que *“al parecer no se realizaron estudios solicitados el día de ayer”*, la reportó neurológicamente sin cambios, signos vitales con hipotensión, febrícula de 37.8°C, último hemograma del 06 de septiembre de 2019 con reporte de plaquetas

de 120,000/mm³, Bandas de 3% y granulaciones tóxicas (es decir, presencia de patologías inflamatorias y/o infecciosas), sin compromiso “*cardioventilatorio*” (*sic*), abdomen sin datos de alarma, y requirió estudios de manera urgente (BH, QS, ES) y en espera de valoración por geriatría.

82. AR7 omitió investigar la presencia de sangrados, pedir que se le programara estudios confirmatorios y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ordenar tomografía de cráneo y perfil tiroideo urgentes, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos, incumpliendo con la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; con la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

83. El 11 de septiembre de 2019, a las 11:10 horas, V fue valorada por AR10, quien la reportó con taquicardia, saturación de oxígeno de 98%, destroxix de 122 mg/dl, a la exploración física estuporosa, afebril, palidez de tegumentos, cráneo normal, narinas permeables, oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto, mucosa oral deshidratada, cuello sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, aumentados en frecuencia, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda, la reportó grave, con pronósticos malo para la vida y la función.

84. AR10 fue omiso en reportar perfil tiroideo urgente, tampoco ordenó se realizaran estudios confirmatorios y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni de Medicina Interna, había referido si se confirmó o no; omitió solicitar laboratoriales de control seriados y tomografía de cráneo urgentes al reportarla estuporosa, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos, neurología, gastroenterología y cardiología al reportarla con hemorragia de tubo digestivo alto, sepsis, probable infarto al miocardio, delirium hipoactivo al tratarse de una urgencia y ser paciente grupo vulnerable por su edad extrema, indicar si requería transfusión de hemoderivados, con lo que incumplió lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la Guía de Práctica Clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado.

85. El 12 de septiembre de 2019, a las 15:00 horas, V fue valorada por AR11, quien la reportó con hemorragia digestiva e indicó en su nota médica que los familiares no permitieron la revisión ni exploración física porque no deseaban que se lastimara o causara dolor a V.

86. A las 18:30 horas del mismo día 12 de septiembre de 2019, AR11 valoró nuevamente a V, ya que uno de sus familiares refirió que presentó evacuaciones con coágulos al movilizarla, en ese momento sin datos de hemorragia reciente, leve hipotensión arterial y taquicardia, se intentó palpar abdomen, se despertó

dolor (por la fascies de la paciente), por lo que los familiares instaron a AR11 que no continuara explorándola.

87. AR11 omitió requerir la realización de una tomografía de abdomen, paraclínico no invasivo, para detectar el origen del sangrado abdominal, indicar transfusiones de hemoderivados para poder realizarle estudios invasivos como endoscopia y colonoscopia, también omitió pedir valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos, así como continuar con valoración estrecha por Medicina Interna para detectar el origen del sangrado, efectuar estudios confirmatorios para probable dengue, lo cual incumplió lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; en la Guía de referencia rápida, prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia aguda del Tubo Digestivo Alto no variceal, en los Tres Niveles de Atención, y en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon.

88. El 13 de septiembre de 2019, a las 08:40 horas, V fue valorada por AR7, quien reportó que efectuó tomografía de cráneo, en espera de resultados, solicitó laboratoriales, con pronóstico malo a corto plazo, con último día de protector gástrico con infusión (omeprazol), indicó diurético (furosemide intravenoso).

89. Ese día AR7 señaló en su nota médica que V estaba dada de *“alta en ambulancia a domicilio por máximo beneficio al contar con oxígeno suplementario”*.

90. De acuerdo a la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, resulta incongruente el alta de V por parte de AR7, ya que AR10 la refirió con probable infarto al miocardio desde el 11 de septiembre de 2019, con lo que se incumplió lo

establecido en la Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto; en la Guía de Práctica Clínica, clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue; así como en la Guía de práctica Clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado.

91. El 14 de septiembre de 2019, AR9 egresó a V por *“máximo beneficio”* a su domicilio, ya que los familiares no aceptaron el tratamiento propuesto; sin embargo, omitió reportar el perfil tiroideo urgente que se había requerido desde el 08 de septiembre de 2019 y estaba como pendiente, indicar si se descartó o confirmó la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias el 02 de septiembre y a Medicina Interna el 05 de septiembre de 2019, ya que en ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias, ni Medicina Interna lo confirmó o no; omitió pedir de manera urgente el reporte de la tomografía de cráneo que le había realizado el día previo, por lo que determinó el egreso de V inadecuadamente.

92. El 15 de septiembre de 2019, V falleció en su domicilio y de acuerdo con su certificado de defunción, la causa de la muerte fue *“acidosis metabólica, 24 horas, neumonía de focos múltiples, 3 días, insuficiencia cardiaca, 2 años”*.

93. Es importante comentar que en el certificado de defunción señaló que V falleció además de insuficiencia cardiaca, por acidosis metabólica, de la cual se tiene el reporte de laboratorio que lo evidenció en la última gasometría que le fue tomada a V el 11 de septiembre de 2019; no obstante, no se tiene evidencia de que se le haya brindado el manejo terapéutico requerido y continuar con estudios

seriados de gasometría arterial para corroborar que haya sido corregido dicho desequilibrio ácido base; asimismo, la neumonía de focos múltiples no se diagnosticó en el HGZ-8 del IMSS, ante la omisión desde su ingreso el 02 de septiembre y hasta a su egreso el 14 de septiembre de 2019, de los médicos tratantes de Urgencias y Medicina Interna, al no reportar la radiografía de tórax que se solicitó y mucho menos se tuvo un control radiográfico, de haberlo hecho como era lo obligado habrían advertido y manejado oportunamente el proceso infeccioso a nivel pulmonar, lo anterior se confirma aún más porque durante su estancia hospitalaria, presentó en diversas ocasiones disminución de la saturación de oxígeno en sangre arterial y que ameritó oxigenoterapia suplementaria a su alta.

94. Cabe hacer mención que durante la estancia de V en el HGZ-8, no le fue realizado un protocolo de estudio idóneo para confirmar la presencia de dengue, tampoco se corroboró el origen del sangrado de tubo digestivo, la plaquetopenia, el dolor abdominal, el deterioro neurológico y hemodinámico que presentó, que si bien es cierto en los últimos días de estancia hospitalaria los familiares no aceptaron algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos; también, lo es que, los médicos tratantes del servicio de Urgencias y Medicina Interna que la tuvieron a su cargo, desde su ingreso a esta unidad hospitalaria, no le brindaron la atención médica a la cual tenía derecho esta paciente adulto mayor y perteneciente al grupo vulnerable, por lo que al presentar complicaciones secundarias que la llevaron irremediablemente a su fallecimiento, debieron extremar precauciones, lo que habría evitado con ello, que se deteriorara aún más y a tal grado de egresarla por máximo beneficio.

95. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II y III, 51 y 77 bis, 37 fracciones I, III y XVI de la Ley General de Salud, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

96. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.⁹

97. Esta Alianza Universal se compone por 17 Objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

⁹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada “*Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”.

98. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

99. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

B. DERECHO A LA VIDA

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

101. La Suprema Corte de Justicia de la Nación 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 (...).¹⁰

102. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

103. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹¹

104. La CrIDH ha establecido que: *“El derecho a la vida 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*

¹⁰ 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 16319.

¹¹ CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

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 (...)"¹², asimismo "(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)"¹³

105. En el caso "Niños de la Calle vs. Guatemala" la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.¹⁴

106. Este Organismo Nacional ha sostenido 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"*.¹⁵

107. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2,

¹² CrIDH. 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.

¹³ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹⁴ "Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala" sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

¹⁵ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará en seguida.

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

108. V falleció el 15 de septiembre de 2019, en su domicilio, un día después de ser egresada del HGZ-8 del IMSS, por “máximo beneficio”.

109. De acuerdo al certificado de defunción de V, falleció por “*acidosis metabólica, 24 horas, neumonía de focos múltiples, 3 días, insuficiencia cardíaca, 2 años*”; sin embargo, del expediente clínico no se tiene evidencia de que se le haya brindado el manejo terapéutico requerido y continuar con estudios seriados de gasometría arterial para corroborar que haya sido corregido dicho desequilibrio ácido base; asimismo, la neumonía de focos múltiples no se diagnosticó en el HGZ-8 del IMSS, ante la omisión desde su ingreso el 02 de septiembre y hasta a su egreso el 14 de septiembre de 2019, de los médicos tratantes de Urgencias y Medicina Interna, al no reportar la radiografía de tórax cuya realización se ordenó y mucho menos se tuvo un control radiográfico, de haberlo hecho como era lo obligado habrían advertido y manejado oportunamente el proceso infeccioso a nivel pulmonar, lo anterior se confirma aún más porque durante su estancia hospitalaria presentó en diversas ocasiones disminución de la saturación de oxígeno en sangre arterial y que ameritó oxigenoterapia suplementaria a su alta.

110. De esta forma AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la Ley

General de Salud que dispone: “*Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: “*CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)*”.

111. El personal médico tratante mencionado incumplió el “*Código de conducta para el Personal de Salud 2002*”, que en el rubro de “*Estándares de trato profesional*” establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: “*Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta*”, “*se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes*”.

112. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud.

113. En el presente caso, el personal médico identificado como responsable debieron valorar adecuada e integralmente a V y evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de la vida.

114. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V, previstos en los artículos, 1° párrafos primero, segundo y tercero, 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2 fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27 fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

115. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior y lamentable fallecimiento de V, vulnerando con ello su derecho humano a la vida y lo establecido en los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

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

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

117. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁶ párrafo 27, consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”.

118. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo 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”.¹⁷

119. La NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, establece: “el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.¹⁸

¹⁶ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹⁷ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

¹⁸ Introducción, párrafo segundo.

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

121. 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 el estado de salud de la persona.¹⁹

122. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

¹⁹ CNDH, párrafo 34.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

123. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en el informe rendido por AR12 y que incluyó el expediente clínico de V, no se encontraron las notas de atención médica de los días 24 al 28 de agosto de 2019 del HGZ-8, lo cual imposibilitó establecer la evolución y el tratamiento brindado en dicha unidad médica, con lo que se incumplió lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

124. Asimismo, la opinión médica realizada por este Organismo Nacional concluyó que los “(...) *médicos tratantes de urgencias y Medicina Interna del [HGZ-8] incumplieron con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (...)*”, al observar que faltaban algunas notas médicas, de estudios de laboratorio, de gabinete, de enfermería, algunas carecían de membrete del hospital, otras carecían de nombre completo de los médicos tratantes y otras estaban ilegibles.

125. Por ello, corresponderá a la autoridad investigadora administrativa disciplinaria y ministerial, respectivamente, deslindar responsabilidades respecto a si, conjunta o indistintamente, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 o cualquier otra persona profesional de la salud que atendió a V, incumplió la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en sus numerales 4.4 “*Expediente Clínico. (...) El personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones*

jurídicas aplicables (...) obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico (...), y 6.4 Nota de referencia/traslado. De requerirse deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente.”

126. Las irregularidades descritas en la integración y llenado de las notas médicas contenidas en el expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer la atención médica proporcionada y las personas responsables de ésta en relación con las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

127. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

128. A pesar de tales recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de

la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

129. Cabe destacar que, el 8 de septiembre de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa 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 también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que la Secretaría de Salud federal considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*.²⁰

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

²⁰ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, pág.11.

130. La responsabilidad de AR1 provino de su omisión en realizar un interrogatorio dirigido, para establecer desde cuando cursaba con dicha sintomatología, también, omitió reportar los laboratoriales de control que se habían pedido al ingreso de V y solicitar perfil tiroideo, valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos al diagnosticar a V con urosepsis y fibrilación auricular crónica de respuesta ventricular rápida. De igual manera, fue omiso en ordenar de inmediato la valoración por técnico de marcapaso, ya que se trataba de una persona mayor, perteneciente a un grupo vulnerable.

131. En tanto que, AR2 fue omiso en realizar a V un interrogatorio completo para determinar si cursaba con algún sangrado, reportar los laboratoriales completos de control y la radiografía de tórax, indicados hacía 9 horas de su ingreso en esta paciente que fue catalogada con una urgencia, pasando desapercibido que se evidenció plaquetopenia moderada y las alteraciones renales, así como probable dengue.

132. AR3 omitió realizar interrogatorio completo para determinar si cursaba con algún sangrado, reportar los laboratoriales completos de control y la radiografía de tórax solicitados desde el ingreso de V que fue catalogada con una urgencia el día previo, pasando desapercibido que se evidenció *“plaquetopenia moderada (59,000/mm³), alteraciones renales y probable dengue”*.

133. AR4 fue omiso en reportar los laboratoriales, es decir, la radiografía de tórax ordenada desde su ingreso, requerir la realización de estudios laboratoriales de control con tiempos de coagulación urgentes, estudios confirmatorios para descartar o confirmar la presencia de dengue, pedir valoración por la unidad de

cuidados intensivos al reportarla con leve palidez, urosepsis y con probable dengue, lo que en una paciente adulta mayor son datos de alarma.

134. AR5 omitió solicitar estudios de control (BH, tiempos de coagulación), estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como ella misma lo señaló, ordenar valoración por la unidad de cuidados intensivos al reportarla con urosepsis, quejumbrosa, con disminución de la oxigenación y al servicio de Cirugía General para descartar apendicitis aguda del anciano al reportarla grave.

135. AR6 omitió solicitar valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos y/o cirugía general o cuando menos, escalar en el tratamiento antimicrobiano, pedir laboratoriales de control urgentes, tomografía de cráneo, estudios confirmatorios ultrasonido abdominal y radiografía de tórax para diagnosticar dengue.

136. AR7 omitió descartar sangrados, explorar neurológicamente a V, ampliar cobertura antimicrobiana, requerir laboratoriales de control, estudios confirmatorios, ultrasonido abdominal y radiografía de tórax, para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado en notas previas de Urgencias y por AR7.

137. AR8 omitió investigar la presencia de sangrados, solicitar laboratoriales de control seriados, estudios confirmatorio y radiografía de tórax, para descartar o confirmar la presencia de dengue, como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de

Urgencias ni Medicina Interna lo habían confirmado, omitió pedir tomografía de cráneo, valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos al reportarla en muy mal estado general y que no comía desde su ingreso.

138. AR9 fue omiso en ordenar estudios confirmatorios ni radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni Medicina Interna confirmó o descartó tal diagnóstico, no pidió la realización de tomografía de cráneo, laboratoriales de control seriados (BH y tiempos de coagulación) y perfil tiroideo urgente, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos.

139. AR10 fue omiso en reportar perfil tiroideo urgente, así tampoco requirió estudios confirmatorios y radiografía de tórax para descartar o confirmar la presencia de dengue como se había señalado desde su ingreso a Urgencias, ya que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes de Urgencias ni Medicina Interna, había referido si se confirmó o no; omitió solicitar laboratoriales de control seriados y tomografía de cráneo urgentes al reportarla estuporosa, valoración inmediatamente por la unidad de cuidados intensivos, neurología, gastroenterología y Cardiología al reportarla con hemorragia de tubo digestivo alto, sepsis, probable infarto al miocardio, delirium hipoactivo al tratarse de una urgencia y ser paciente grupo vulnerable por su edad extrema, indicar si requería transfusión de hemoderivados.

140. AR11 omitió pedir tomografía de abdomen, paraclínico no invasivo, para detectar el origen del sangrado abdominal, indicar transfusiones de hemoderivados

para poder realizarle estudios invasivos como endoscopia y colonoscopia, requerir valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos y continuar con valoración estrecha por Medicina Interna para detectar el origen del sangrado y efectuar estudios confirmatorios para probable dengue.

141. AR12 fue omiso en integrar al expediente clínico que anexó a su informe rendido a este Organismo Nacional las notas de atención médica de los días 24 al 28 de agosto de 2019 del HGZ-8, lo cual imposibilitó establecer la evolución y el tratamiento brindado a V en tal hospital.

142. Por lo anterior, AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II y III, 51 y 77 bis 37 fracciones I, III y XVI de la Ley General de Salud, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

143. Asimismo, se colige que AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, médicos con la calidad de personas servidoras públicas al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V, también con su conducta afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño

del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a los dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

144. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º fracción III; 71 párrafo segundo; 72 párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

- a.** Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V que derivó en la pérdida de su vida, así como respecto a la integración del expediente clínico.
- b.** Denuncia de hechos ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y de quien resulte responsable con motivo de la deficiente atención médica brindada a V que derivó en la pérdida de su vida.

145. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determinen las responsabilidades de AR1 AR2, AR3, AR4,

AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y de quien resulte en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V.

146. Como ha quedado acreditado las violaciones a derechos humanos a V por parte de AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 por las razones antes expuestas, y una vez que se determine la responsabilidad dentro de los procedimientos que al efecto se inicien, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en sus expedientes laborales, para que quede constancia que sus responsabilidades profesionales vulneraron derechos humanos.

E. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

147. Esta Comisión Nacional sostiene que, aun cuando los titulares de una dependencia de gobierno no hayan participado en los hechos, tienen el deber institucional de atender y responder a las víctimas. Lo anterior con independencia de la responsabilidad individual que se ha esgrimido en el presente caso.

148. Así mismo, toda persona servidora pública tiene el deber de proceder con respeto a los principios de legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia en la administración pública; de cumplir con diligencia el servicio que le sea encomendado y de abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión total, parcial o la deficiencia de dicho servicio, en caso contrario, incurrirían en responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 109, fracción III, párrafos primero y sexto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

149. A partir de las evidencias analizadas, este Organismo Nacional acreditó la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, al vulnerar el derecho a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1 y V2, en el Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Córdoba, Veracruz.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

150. 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 su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

151. 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 fracción V; 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 99 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I; 112; 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1 y V2, deberán ser inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

152. 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 en diversos criterios de la CrIDH, se considera 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 las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o en su caso, sancionar a los responsables.

153. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho*

Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó: “(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.²¹

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

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

i. Medidas de Rehabilitación

156. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes

²¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²² “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras”. Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

referido–, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

157. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y V2 la atención psicológica y tanatológica correspondiente, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación psíquica y emocional con motivo de la violación a derechos humanos cometida a V que derivó en la pérdida de su vida.

158. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Medidas de Compensación

159. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27 fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.²³ Por ello, el IMSS en coordinación con la

²³ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

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

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.
- **Daño inmaterial.** Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de Satisfacción

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

IV y 73 de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto y el Ministerio Público de la Federación correspondiente, en la queja administrativa y denuncia de hechos en materia penal que se presentarán en contra del personal médico interviniente AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, e informe a esta Comisión Nacional su colaboración en las mismas.

iv. Medidas de no repetición

162. De conformidad con lo establecido en los artículos 27 fracción V, 74 fracción VII y IX de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

163. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del HGZ-8 sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración,

integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

164. A partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de Urgencias, Cardiología, Geriatría, Medicina Familiar e Interna del HGZ-8 del IMSS, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, probidad y profesionalismo.

165. Lo anterior, de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley²⁴, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

²⁴ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y, una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y evidencias descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a V1 y V2, con motivo del deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, asimismo se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya compensación y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto en la presentación y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V que derivaron en su fallecimiento, así como las relacionadas con la inadecuada integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y quien resulte

responsable, por la inadecuada atención médica proporcionada a V que derivó en su fallecimiento, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico que forma parte del área de Urgencias, Cardiología, Geriátría, Medicina Familiar e Interna del HGZ-8 del IMSS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, debiendo asegurarse que entre las personas a las que se imparta se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12. El contenido de dichos cursos podrá ser impartido de manera presencial y/o en línea, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que en el término de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico que forma parte del área de Urgencias, Cardiología, Geriátría, Medicina Familiar e Interna del HGZ-8 del IMSS, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional,

así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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.

166. 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 a 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.

167. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le solicito que la respuesta sobre la aceptación, en su caso, de esta Recomendación, 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.

168. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito que las pruebas, en su caso, 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.

169. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, de conformidad con 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