



## **RECOMENDACIÓN No. 82/2019**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR NEGLIGENCIA MÉDICA, QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, MUJER ADOLESCENTE DE 16 AÑOS, Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QV, V2, V3 y V4, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 24 DEL IMSS, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**Ciudad de México, a 30 de septiembre de 2019**

**LIC. 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 1° párrafos primero, segundo y tercero, y 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3° párrafo primero, 6° fracciones I, II, III, 15 fracción VII, 24 fracciones I y IV, 39, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 128 al 133 y 136 de su

Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente de queja **CNDH/4/2018/449/Q**, relacionado con el caso de V1.

**2.** Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de 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; 3º, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de datos correspondientes.

**3.** Para una mejor comprensión del presente documento y a efecto de facilitar su lectura, las claves utilizadas en función de las denominaciones son las siguientes:

<b>Denominación</b>	<b>Claves</b>
Víctima	V1
Quejosa Víctima Indirecta	QV
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

**4.** En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, entidades, instancias de gobierno, autoridades y expedientes, se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

<b>Nombre</b>	<b>Acrónimo/abreviatura</b>
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Cridh
Unidad de Medicina Familiar 40 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México	UMF 40
Hospital General de Zona 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México	HGZ 24
Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México	Centro Médico La Raza
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Fiscalía General de la República	FGR
NORMA Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”	NOM-004-SSA3-2012
NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, “Que establece las características mínimas de infraestructura	NOM-016-SSA3-2012

y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”	
Organización Mundial de la Salud	OMS
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Lupus Eritematoso Sistémico	LES

## I. HECHOS.

5. El 21 de diciembre de 2017, se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja interpuesto por QV, en el que narró hechos presumiblemente violatorios de derechos humanos cometidos en agravio de su hija V1, atribuibles a personas servidoras públicas del IMSS, en particular del HGZ 24, debido a la inadecuada prestación del servicio y atención médica que se le estaba brindando en el mencionado nosocomio, ya que a pesar de su gravedad no se autorizaba su traslado al Centro Médico La Raza.

6. QV señaló que anterior a la fecha de presentación de su queja, se presentó en el servicio de urgencias del HGZ 24 para pedir atención médica en favor de su hija V1, adolescente de entonces 16 años de edad, que estaba cursando el tercer semestre de bachillerato, sin presentar *“ninguna mejoría”*, ya que las personas médicas minimizaron su estado de salud. QV indicó que V1 ingresó en varias ocasiones al área de urgencias del HGZ 24 (los días 24, 25 y 26 de agosto de 2017) *“con fiebres muy altas y nunca se le dio la importancia clínica, siendo dada de alta”* aun cuando no cedían sus síntomas y que personal médico le informó que la temperatura *“era debido al Lupus<sup>1</sup> que se había*

<sup>1</sup> De acuerdo con la *Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Mucocutáneo*, del Consejo de Salubridad General, el lupus eritematoso sistémico, (LES) (enfermedad diagnosticada a V1) *“es una es una enfermedad inflamatoria, crónica e incapacitante, que afecta la supervivencia y la calidad de vida del paciente, debido al compromiso heterogéneo en distintos órganos y sistemas. (Klein*

detectado [...] sumado a una probable dermatomiositis,<sup>2</sup> la cual nunca le fue diagnosticada, ni confirmada a través de una biopsia”, precisando que a V1 “[...] se le agudizó la enfermedad [...] tenía dolor abdominal y nunca fue escuchada por los médicos tratantes hasta que [V1] presentó franca incapacidad para caminar”.

7. QV precisó que a pesar del tratamiento prescrito, V1 no tenía evolución satisfactoria ni mejoría, incrementándose el dolor abdominal, por lo que tuvo que ser “operada de manera urgente” en el HGZ 24, intervención quirúrgica (06 de diciembre de 2017) en la que el personal médico del HGZ 24 encontró una *necrosis “extensa y perforación de intestinos, necrosis uterina y de ambos ovarios”*, por lo que V1 “salió de [esa] cirugía sumamente grave”, siendo entonces conectada a un respirador mecánico y cuatro días después de la cirugía fue enviada a terapia intensiva.

8. El 9 de diciembre de 2017, cuando QV fue a visitar a V1, se dio cuenta de que “estaba desconectada del respirador mecánico y que se encontraba sedada por medicamentos, cayendo en un paro respiratorio”, por ello solicitó al personal médico del HGZ 24, que estabilizaran a su hija para enviarla a la unidad de terapia intensiva del “Centro Médico Nacional o La Raza”; petición a la que el HGZ 24 se negó, argumentando las condiciones de salud de V1.

9. En su escrito de queja QV también refirió que ya habían pasado cuarenta días desde el internamiento de V1, pero no “evoluciona”, por lo que pidió su traslado inmediato a un hospital de tercer nivel, solicitando además de que el caso de su hija fuese

---

R, 2011). *El retraso en el diagnóstico, la actividad persistente de la enfermedad, las infecciones y la comorbilidad asociada, ejercen un impacto negativo en la morbilidad y la mortalidad de LES, situación crítica que requiere de una alta sospecha y juicio clínico para establecer un diagnóstico oportuno, identificar la extensión y la gravedad del compromiso de la enfermedad, establecer un tratamiento correcto y oportuno, así como evaluar la respuesta al tratamiento*”.

<sup>2</sup> Según el “*Diagnóstico y Tratamiento de Poliomiocitis y Dermatomiositis*”, esta última pertenece a las “*miopatías inflamatorias idiopáticas (MII)*, son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes adquiridas, que se caracterizan por un infiltrado inflamatorio del músculo estriado”. México; Secretaría de Salud, 2011 (pg. 7).

*“investigado por la gravedad, dilación y omisión para otorgarle atención médica oportuna”.*

**10.** Con motivo de la queja, el 21 de diciembre de 2017, personal adscrito a esta Comisión Nacional realizó gestiones ante el IMSS, con la finalidad de conocer el estado de salud de V1 y la posibilidad de que ésta fuera trasladada al Centro Médico La Raza; como respuesta, en la misma fecha, la autoridad informó a este Organismo Nacional que el caso se había canalizado para su atención a SP1 del HGZ 24.

**11.** En la misma fecha, se gestionó ante el IMSS, el traslado de V1 al Centro Médico La Raza por el estado de gravedad en el que se encontraba. La gestión fue atendida por SP2, quien informó que el área de terapia intensiva se encontraba ocupada en su totalidad, por lo que recomendaba que se realizara la solicitud a otra unidad médica o bien mantenerse a la espera de un espacio.

**12.** El 22 de diciembre de 2017, el IMSS, mediante correo electrónico de las 0:36 horas, informó a esta Comisión Nacional que contactaron a SP3, quien les indicó que: V1 se reportaba *“delicada pero estable”*; había sido valorada por neurólogo quien determinó que no ameritaba envío a tercer nivel, ya que se encontraba bajo atención y observación médica en la cama 4 de terapia intensiva; y que se entrevistaría con los familiares para otorgarles los informes necesarios.

**13.** El mismo 22 de diciembre de 2017, el IMSS, mediante correo electrónico de las 15:49 horas, informó a esta Comisión Nacional que SP4 refirió que el 29 de noviembre de 2017, V1 ingresó por un dolor abdominal, siendo atendida por las especialidades de cirugía general, medicina interna, reumatología y neurología, con diagnóstico de LES, lesión en vías respiratorias alta y dermatomiositis.

**14.** El 22 de diciembre de 2017, siendo las 15:50 horas, personal de esta Comisión Nacional se constituyó en el HGZ 24 del IMSS, entrevistándose con QV, V2 y SP1 en compañía de personal médico del citado hospital; quienes mencionaron que V1 presentaba una enfermedad inmunológica conocida como *“Lupus Eritematoso”* con un

proceso séptico, que el pronóstico era grave pues en ese momento ya presentaba daño cerebral y que la limitante para realizar el traslado de V1 a un hospital de mayor nivel era que no tenía posibilidades de recuperación, ya que la enfermedad que presentaba V1 “[...] *era crónica degenerativa, la cual había provocado un fallo -sic- renal con defensas bajas, perforación de intestino y paro respiratorio*”.

**15.** En esa misma fecha, QV y V2 fueron informados por SP7 que la operación prevista se había aplazado por una emergencia, ya que la condición médica que presentaba V1 no se trataba de una *“urgencia real”*, pues ésta no cambiaba el pronóstico que tenía; sin embargo, V2 refirió que cuando llevó a su hija al servicio de urgencias del HGZ 24 del IMSS, también le dijeron que la atención de V1 no era urgente, sin embargo, días después su hija sufrió *“peritonitis”*<sup>3</sup>.

**16.** El 22 de diciembre de 2017, SP5 indicó a QV, V2 y personal de esta Comisión Nacional, que por la enfermedad de LES que presentaba V1 tuvo un daño renal rápido que afectó a diversos órganos, respondiéndole QV que V1 no tenía problemas de riñón. Finalmente, las personas servidoras públicas del IMSS que se encontraban en la reunión, reiteraron que el Centro Médico La Raza había negado la admisión de V1 porque su estado *“no era recuperable”*, con lo que se dio por terminada la reunión.

**17.** El 23 de diciembre de 2017, el IMSS, mediante correo electrónico de las 15:16 horas, informó a esta Comisión Nacional que SP8 les hizo saber que V1 continuaba en la cama 4 de terapia intensiva y que SP9 comunicó que a las 02:00 horas de ese mismo día, V1 había ingresado a quirófano donde se le realizó una traqueotomía y exploración abdominal, reportándola *“en estado grave pero estable”*.

**18.** El 25 de diciembre de 2017, el IMSS, mediante correo electrónico de las 13:30 horas, informó a esta Comisión Nacional que el 24 de diciembre del mismo año, SP10 reportó a V1 como: *“grave delicada”* y que continuaba en la cama 4 de terapia intensiva; informando que el 23 de diciembre de 2017 por la tarde se le había realizado un

---

<sup>3</sup> Acumulación de sangre, fluidos corporales o pus en el vientre (abdomen).

electroencefalograma. En ese mismo correo electrónico se señaló que SP 11 refirió que V1 fue valorada por el neurólogo, quien sugirió que el tratamiento médico se mantuviera y se practicara un nuevo electroencefalograma, reportándola como “grave pero estable”.

**19.** El 26 de diciembre de 2017, el IMSS, mediante correo electrónico de las 18:11 horas, informó a esta Comisión Nacional que SP1 les hizo saber que V1 se reportaba como “estable dentro de la gravedad de sus diagnósticos”, sin cambios significativos en su estado de salud, encontrándose en espera del electroencefalograma para su interpretación.

**20.** Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/4/2018/449/Q y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

**21.** Del análisis efectuado a las documentales que integran el expediente de queja, esta Comisión Nacional, advirtió que V1 recibió atención médica ambulatoria en el servicio de urgencias del HGZ 24 los días 24, 25 y 26 de agosto de 2017 y posteriormente permaneció internada en el citado hospital en 3 ocasiones; la primera de ellas del 29 de agosto al 8 de septiembre de 2017 (11 días); la segunda del 12 de octubre al 3 de noviembre de 2017 (23 días); y la tercera acaeció del 29 de noviembre de 2017 al 6 de enero de 2018 (39 días), fecha esta última en la que a las 10:25 horas, se declaró el deceso de V1 tras 29 días con lesiones cerebrales irreversibles.

## **II. EVIDENCIAS.**

**22.** Escrito de QV recibido en esta Comisión Nacional el 21 de diciembre de 2017, en el que refirió la mala atención médica que se le estaba brindado a V1 en el HGZ 24, solicitando su traslado a un hospital de tercer nivel.

**23.** Acta Circunstanciada del 21 de diciembre de 2017, mediante la cual se hicieron constar diversas diligencias telefónicas y electrónicas, realizadas por esta Comisión



Nacional, tanto con QV, como con personal adscrito al HGZ 24 y al Centro Médico La Raza, a efecto de conocer el estado de las gestiones efectuadas por ambos nosocomios respecto de la atención médica proporcionada a V1.

**24.** Correo electrónico del 22 de diciembre de 2017, mediante el cual el IMSS, informó el estado de salud de V1.

**25.** Acta Circunstanciada del 22 de diciembre de 2017, en la que esta Comisión Nacional hizo constar, lo siguiente:

**25.1.** Correo electrónico del IMSS, recibido a las 00:36 horas, por el que informaron de manera general la atención médica brindada a V1, precisando que previa valoración se determinó que no ameritaba envío a tercer nivel.

**25.2.** Llamada telefónica a las 10:24 horas, en la que se hizo del conocimiento de QV la comunicación electrónica precisada en el numeral que antecede, refiriendo ésta que personal médico del HGZ 24 le había “[...] *hecho firmar unos documentos en los que autorizaba [...]*” que V1 fuese intervenida quirúrgicamente ya que presentaba una infección, la cual antes no se le había informado, precisando además que no había seriedad ni oportunidad en la información que le proporcionaban en el nosocomio de mérito.

**25.3.** Llamada telefónica de las 11:48 horas, en la que V2 manifestó que el día de la fecha en el HGZ 24, le habían informado acerca de diversas cuestiones médicas que le harían a V1, sin embargo, refirió que no le habían dicho anteriormente que V1 tenía alguna infección, agregando que V1 había ingresado al hospital porque *vomitó sangre*, que únicamente le habían dado analgésicos y que incluso habían dejado pasar los días sin que le hicieran estudios, señalando su inconformidad con la falta de atención médica adecuada hacia V1.

**25.4.** Visita de esta Comisión Nacional al HGZ 24 a las 15:50 horas, aproximadamente, en la que se hizo constar la entrevista sostenida con QV,

V2 y personal médico del referido nosocomio, en la que manifestaron que V1 tenía una enfermedad inmunológica (LES), con un proceso séptico y daño cerebral, argumentando al efecto el personal de dicho nosocomio que la limitante para que V1 fuese trasladada al servicio de tercer nivel era precisamente el daño cerebral no recuperable que al momento presentaba V1, agregando además la existencia de una falla renal con defensas bajas, perforación de intestino, afectación de diversos órganos y que también había tenido un paro respiratorio. QV y V2 reiteraron a esta Comisión Nacional que por dilación y negligencia médica V1 se encontraba en estado grave, orientándoseles acerca del procedimiento de queja, así como las vías para asesoría y/o remisión de mayor documentación e información a este Organismo Constitucional Autónomo.

**26.** Correos electrónicos de los días 21, 22, 23, 25, 26 de diciembre de 2017, mediante los cuales el IMSS informó acerca del estado de salud en que se encontraba V1 en esos momentos, así como los diferentes diagnósticos, pronósticos y la imposibilidad para trasladarla al Centro Médico La Raza.

**27.** Acta Circunstanciada del 27 de diciembre de 2017, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que QV remitió vía correo electrónico documentación complementaria y relacionada con la asistencia médica proporcionada a V1 en el HGZ 24, refiriendo *“muchas inconsistencias, maltrato, negligencia, entre otras, en la atención médica”* de V1.

**28.** Oficio 095217614BB1/526 de 8 de marzo de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, una lista de 64 médicos adscritos al HGZ 24 que participaron en la atención médica de V1, así como el *“resumen clínico”* inherente a los *tratamientos, estudios de laboratorio, pronóstico y la atención médica* proporcionada a V1 en el HGZ 24, en la inteligencia que más adelante se abordarán los alcances y relevancia de diversas aseveraciones, se destaca lo siguiente:

**28.1** El padecimiento por el que se trató a V1 fue “[...] *Lupus Eritematoso Sistémico con actividad a diferentes niveles (neurológica, renal, respiratoria, hematológica, cutánea), con Síndrome de Sobre posición -sic- con Dermatomiositis, Choque séptico de partida abdominal, Hipotiroidismo, sangrado de tubo digestivo alto...*”.

**28.2** El primer ingreso hospitalario de V1 fue el 29 de agosto de 2017 “[...] *por dolor en miembro pélvico derecho de un mes, el cual aumentó hasta incapacitar la deambulaci3n, por lo que acude al servicio de urgencias encontrándola con aumento de volumen, eritema, con aumento de la temperatura...dolor lumbar izquierdo, náuseas y fiebre de 41°C, refiriendo haberse aplicado tres días previos a su ingreso a urgencias tres pulsos de esteroide...valorada por tercer nivel en reumatología concluyendo sin actividad de enfermedad reumatológica...se continúa protocolo de fiebre...sin encontrar evidencia de trombo, siendo egresada el día 08 de septiembre del 2017 por mantenerse afebril, y asintomática*”.

**28.3** V1 presentó un segundo ingreso hospitalario “[...] *el 12 de octubre de 2017 por evacuaciones melénicas...debilidad muscular, poliartalgias, fiebre y dificultad de un mes de evolución para control de esfínter urinario...se ajusta esteroide...ingresada a piso de medicina interna el 15 de octubre refiriendo además epistaxis diario, picos febriles vespertinos...se inicia manejo con inmunoglobina sin contar con dicho fármaco en la unidad...se aplican tres bolos de esteroide...se solicita apoyo a tercer nivel, siendo negado el apoyo por referir encontrarse en contingencia...inicia con picos febriles, se toma procalcitonina y se decide egreso...*”.

**28.4** El tercer y último ingreso hospitalario de V1 fue a partir del 29 de noviembre de 2017, fecha en la que acudió al servicio urgencias, por indicaci3n de reumatología; presentó melena de 5 días, fiebre, sangrado de nariz, presi3n arterial baja y anemia; ingresó a medicina interna el 03 de

diciembre de 2017 y se le realizó una endoscopia<sup>4</sup> alta; fue valorada el 06 de diciembre por cirugía general, practicándosele una laparotomía<sup>5</sup> exploradora en la que encontraron: necrosis en útero y trompas de Falopio e intestino perforado, entre otros hallazgos, salió de quirófano con respiración mecánica; el 09 de diciembre presentó decanulación y posteriormente paro cardiovascular con tres ciclos de reanimación; continuando con medidas de neuroprotección cerebral; El día 05 de enero de 2018, comenzó con sangrado por cánula de traqueostomía<sup>6</sup> y el 06 de enero de ese mismo año presentó asistolia<sup>7</sup> a las 10:12 horas, iniciando reanimación pulmonar básica y avanzada sin respuesta por lo que se declaró la defunción de V1 a las 10:25 horas del 06 de enero de 2018, con los diagnósticos finales de “[...]hemorragia alveolar de 12 horas, lupus eritematoso sistémico de un año, encefalopatía anoxo-isquémica -de un mes-, se otorga certificado de defunción a trabajo social”.

**29.** Oficio 095217614C21/310 de fecha 4 de abril de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, el expediente clínico de V1 con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el HGZ 24.

**30.** Oficio 095217614C21/1122 de fecha 11 de junio de 2018, mediante el cual el IMSS informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de su H. Consejo Consultivo, emitió acuerdo el 8 de mayo de 2018 en sentido improcedente y resumen médico de fecha 20 de agosto de 2018.

**31.** Oficio 095217614C21/1940 de fecha 23 de agosto de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional dos informes médicos de fechas 17 y 20 de

---

<sup>4</sup> Procedimiento que permite al médico ver el interior del cuerpo de una persona.

<sup>5</sup> “Laparotomía exploratoria”: Cirugía abierta del abdomen para ver los órganos y los tejidos que se encuentran en el interior

<sup>6</sup> Una traqueotomía se trata de un orificio (estoma) que se realiza de forma quirúrgica en la tráquea y proporciona una vía respiratoria alternativa para respirar. Un tubo de traqueotomía se introduce en el orificio y se asegura en el lugar con una cinta alrededor del cuello.

<sup>7</sup> La asistolia es un ritmo de paro cardíaco que se asocia con ausencia de actividad eléctrica discernible en el ECG (línea isoeletrica).

agosto de 2018, por medio de los cuales se refirieron los “*diagnósticos, tratamientos y la atención médica*” proporcionada a V1 durante el año 2017, tanto en el HGZ 24, como en la UMF 40, respectivamente.

**32.** Oficio 095217614C21/2362 de fecha 3 de octubre de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, el expediente clínico de V1, con motivo de la atención médica que se le proporcionó en la UMF 40 de mayo a octubre de 2017.

**33.** Acta Circunstanciada del 1 de julio de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que QV remitió vía correo electrónico documentación complementaria y relacionada con la atención de V1 en el HGZ 24 e informó que ante la FGR se inició una Carpeta de Investigación que se encuentra en integración.

**34.** Opinión Médica de 16 de agosto de 2019, en la que esta Comisión Nacional estableció las consideraciones respecto a las omisiones e inadecuada atención médica proporcionada a V1.

**35.** Acta Circunstanciada mediante la cual se hizo constar que el 2 de septiembre del mismo año, personal de esta Comisión Nacional acudió a las oficinas de la FGR, a fin de verificar el estado que guarda la Carpeta de Investigación correspondiente.

**36.** Acta Circunstanciada de 9 de septiembre de 2019, mediante la cual se hizo constar que personal de este Organismo Nacional se comunicó vía telefónica con persona servidora pública de la FGR, a fin de que proporcionara información inherente a la Carpeta de Investigación respectiva.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**37.** El 21 de diciembre de 2017, QV presentó queja en esta Comisión Nacional, en la que señaló que V1 fue víctima de una inadecuada prestación del servicio y atención médica que le brindaron en el HGZ 24.

**38.** El caso de V1 fue sometido a la Comisión Bipartita del H. Consejo Técnico del IMSS, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, la cual el 8 de mayo de 2018, acordó que los diagnósticos de Lupus Eritematoso Sistémico y Dermatomiositis en V1 fueron atendidos en tiempo y forma de acuerdo a las *Guías de Práctica Clínica y Literatura Universal* por lo que las complicaciones presentadas son las referidas en la literatura médica y fueron atendidas sin dilación, además de que las causas del fallecimiento de V1 corresponden a las complicaciones y efectos secundarios del tratamiento de los padecimientos de base, por lo que la queja resultó improcedente desde el punto de vista médico.

**39.** El 13 de septiembre de 2018, QV presentó denuncia ante la FGR por el delito de “negligencia médica”, radicándose el 23 de octubre de 2018 la Carpeta de Investigación correspondiente, misma que a la fecha se encuentra en integración.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**40.** En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2018/449/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes de que se vulneraron los derechos humanos de V1, por negligencia médica por acción u omisión, lo que contribuyó al deterioro de su salud, trayendo como consecuencia la pérdida de la vida de V1, atribuible a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23 y AR24, por lo que se realiza el siguiente análisis:

#### **A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES.**

**- Sobre la vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas.**

**41.** La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “[...] estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”<sup>8</sup>. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

**42.** La CrIDH, ha sostenido que los Estados “[...] tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.<sup>9</sup>

**43.** La CrIDH también advirtió sobre la protección especial que deben tener las niñas y niños, al resolver que: “[...] tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos [...], su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona...”.<sup>10</sup>

**44.** Las personas en situación de vulnerabilidad se consideran a aquellas que “[...] por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar” tal como lo se define en el artículo 5, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

---

<sup>8</sup> Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8

<sup>9</sup> CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

<sup>10</sup> CrIDH “Caso González y otras ‘Campo Algodonero’ Vs. México”. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 408.

**45.** El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24.1, reconoce que *“Todo niño tiene derecho [...] a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

**46.** La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud *“se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos [en situación de] vulnerab[ilidad].”*

**47.** A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.<sup>11</sup>

**48.** En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. En la actualidad, la OMS estima que cada año 41 millones de personas fallecen con motivo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, correspondiente al 71% de la mortalidad mundial, de ello el 85% son consideradas muertes "prematuras". De ellas, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Aunado a ello se suma el aspecto social, ya que tales padecimientos crónicos pueden llevar a la gente a la pobreza.<sup>12</sup>

**49.** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, en su numeral 3.4, establecen como meta *“reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.”*

**50.** La *Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Mucocutáneo*, del Consejo de Salubridad General precisa que la enfermedad base diagnosticada a VI, es decir, el lupus eritematoso sistémico, (LES), *“es una enfermedad*

---

<sup>11</sup> OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>12</sup> OMS, *“Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”*, Suiza, OMS, 2006, p. 8



*inflamatoria, crónica e incapacitante, que afecta la supervivencia y la calidad de vida del paciente”.*

**51.** En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgo que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.

## **B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

**52.** La interdependencia es uno de los principios que rigen los derechos humanos, estos se encuentran ligados unos a otros, por lo tanto, el reconocimiento o ejercicio de uno de ellos implica irrestricta e intrínsecamente el respeto y la protección de múltiples derechos vinculados. Por su parte, otro principio de los derechos humanos, la indivisibilidad, precisa que el disfrute y goce de aquellos es únicamente posible en conjunto, ya que todos los derechos humanos se encuentran estrechamente unidos.

**53.** El derecho a la protección de la salud es un derecho humano fundamental para el ejercicio y reconocimiento de otros derechos que debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades.

**54.** El derecho a la protección de la salud tiene como finalidad que el Estado, en sus tres poderes y órdenes de gobierno, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de aquella persona que requiera atención o servicios médicos. Los artículos 1° y 4°,

párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establecen el derecho de toda persona a la protección de la salud, así como a la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

**55.** En este sentido, la SCJN ha establecido en jurisprudencia administrativa que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [por lo que para garantizarlo], es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos [...]*”<sup>13</sup>.

**56.** La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, precisa que “[...] *a salud es 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos*”<sup>14</sup>.

**57.** Además, reconoce que el derecho a la salud incluye cuatro elementos interrelacionados:

**57.1** Disponibilidad: El Estado debe asegurar la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios funcionales de salud pública y asistencia sanitaria, que también deberían incluir los “determinantes

---

<sup>13</sup> SCJN. “*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 No. 167530.

<sup>14</sup> “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, 11 de agosto de 2000, p. 1.

básicos de la salud”, como agua potable, salubridad adecuada, servicios médicos y personal cualificado.

**57.2** Accesibilidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación.

**57.3** Aceptabilidad: Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la deontología médica y ser culturalmente apropiados.

**57.4** Calidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser médica y científicamente apropiados y de buena calidad.<sup>15</sup>

**58.** Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), “[...] establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”<sup>16</sup>, así como el derecho a disfrutar “de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”.

**59.** Al respecto, esta Comisión Nacional ha reiterado que el derecho a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen*

---

<sup>15</sup> “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, 11 de agosto de 2000, p. 12, incisos a, b, c y d.

<sup>16</sup> “Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” “Protocolo de San Salvador”, 17 de noviembre de 1988, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1º de septiembre de 1989, p. 5.

*servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad y calidad*".<sup>17</sup>

**60.** En el caso particular, de las documentales que integran el expediente clínico de V1 y que fueron proporcionados a esta Comisión Nacional para su análisis, destaca que el servicio médico por parte del IMSS inició en la UMF 40, el 3 de marzo de 2017, atendiendo una cefalea intensa de V1; posteriormente, el día 15 de mayo de 2017 acudió a consulta por una infección en las vías respiratorias recibiendo en ambos casos, los tratamientos médicos correspondientes.

**61.** De igual manera y derivado del análisis efectuado al expediente clínico de V1 en la UMF 40, se destaca que los días 4 de abril y 19 de julio de 2017, fueron reportados los estudios clínicos de laboratorio respecto a la patología de base que V1 padecía, es decir, al Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y la dermatomitosi.

**62.** En tal contexto, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del HGZ 24 no otorgó a V1 la atención médica que requería según sus padecimientos y necesidades, con independencia de su enfermedad base (LES), pues no se realizó un diagnóstico temprano y adecuado del proceso infeccioso que V1 presentaba, lo que trajo como consecuencia la violación al derecho a la protección a la salud y posteriormente a la vida de V1, lo anterior de conformidad con lo previsto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud.

### **B.1 Atención médica ambulatoria de V1, del 24 al 26 de agosto de 2017 en el área de urgencias del HGZ 24.**

---

<sup>17</sup> CNDH. Recomendación General 15 "Sobre el derecho a la protección de la salud", de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

**63.** El 24 de agosto de 2017, V1 acudió con QV al área de urgencias del HGZ 24 presentando entonces: “Poliartralgia generalizada”<sup>18</sup>, señalando además que durante la exploración física encontró a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales, con presencia de flogosis<sup>19</sup> en manos, codo, rodilla, y tobillo de predominio derecho. Diagnosticando “*Les act*”<sup>20</sup>, es decir, según la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se determinó que V1 estaba cursando con la activación de su enfermedad de base, LES, mediante la manifestación física de flogosis. Posterior a la valoración, se estableció que V1 contaba con el siguiente antecedente: “*paciente en control por reumatología c/mala respuesta, está pendiente iniciar terapia biológica*”, determinando iniciar con pulsos de corticoesteroides (“metilprednisolona”)<sup>21</sup> para disminuir la inflamación presentada y la activación del LES y ketorolaco para la disminución de dolor, así como revaloración.

**64.** El 25 de agosto de 2017, V1 acudió nuevamente al hospital para la revaloración prescrita el día anterior, precisando el médico responsable que encontró a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales y que estaba “*cursando con periodos de exacerbación*” y con “*nuevo evento de agudización de LES. Indicándose a base de “metilprednisolona” 1gr.*”. En esta misma fecha se observó una nota médica en la que no se asentó hora, nombre y firma del personal médico que efectuó la revaloración de V1 posterior a la administración del segundo pulso de corticoesteroides (“metilprednisolona”), estableciendo cita el siguiente día para la aplicación del tercer pulso y realizar el seguimiento respectivo.

---

<sup>18</sup> Dolor simultáneo en varias articulaciones.

<sup>19</sup> Enrojecimiento y calor que caracteriza la inflamación.

<sup>20</sup> Lupus Eritematoso Sistémico Activo.

<sup>21</sup> Los pulsos de “metilprednisolona” actúan a nivel de la inhibición del ingreso de calcio y sodio a través de la membrana celular; así interfiere con la activación de los linfocitos (célula del sistema inmune). Se considera “terapia de pulsos” a las dosis mayores de 250 mg de prednisona al día... Los máximos efectos de supresión de los linfocitos en cultivos mixtos se alcanzan concentraciones de 1 – 10 mg/ml de “metilprednisolona”; a las dos horas de administrar 1 gramo de “metilprednisolona” en el adulto.- Bautista H. V. Nakashimada Y. M. A. *Acta Pediátrica de México*, vol.26 núm. 6, noviembre-diciembre, 2005, pp. 297-298. Instituto Nacional de Pediatría, Distrito Federal, México.

**65.** El 26 de agosto de 2017, V1 acudió por tercera vez al área de urgencias para la administración del tercer pulso de “metilprednisolona” (medicamento corticoesteroideo) prescrito el día 24 de agosto de 2017, V1 presentó signos vitales dentro de los límites establecidos y “[...] manifestó dolor en extremidades pélvica derecha y región”. Indicando el médico del área que V1 debería continuar con el tratamiento base y que su seguimiento sería en el área de reumatología, dejando cita abierta a urgencias.

**66.** De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el tratamiento corticoesteroideo contra el LES, fue el adecuado; sin embargo, dicha opinión destacó que 3 pulsos de 1 gramo cada uno de “metilprednisolona” al día (24, 25 y 26 de agosto de 2017), así como la prednisona de 50 gramos diarios (prescrita con anterioridad en dosis menor e idéntica) fue una dosis acumulada diaria elevada para V1, precisando además de que el uso de corticoesteroides dificultó el diagnóstico de un proceso infeccioso, por lo que ante la patología de base que presentaba V1 (LES), la predisposición y/o riesgo para cursar con una infección era elevada.

**67.** La citada Opinión Médica señaló que un cuadro infeccioso debía estar considerado dentro de los posibles diagnósticos a confirmar o descartar ante datos clínicos compatibles con el mismo, tales como: fiebre, dolores (que en todo momento refirió sufrir V1) y taquicardia (que presentó el día 29 de agosto de 2017 -fecha de su primer internamiento), entre otros que se abordarán más adelante en la presente Recomendación.

**68.** V1 contaba con factores reales y evidentes de riesgo para presentar datos de infección, dado el tratamiento de corticoesteroides prescrito para su enfermedad base (LES), por lo que a partir de ese momento en adelante tuvo que haberse valorado el riesgo de que V1 desarrollara algún tipo de proceso infeccioso vinculado precisamente por el uso de los esteroides administrados.

## **B.2 Atención médica a V1 durante el primer periodo de hospitalización, del 29 de agosto al 8 de septiembre de 2017, en el HGZ 24.**

**69.** El 29 de agosto de 2017, a las 10:15 horas, V1 acudió al servicio de urgencias del HGZ 24 por no presentar mejoría con el dolor, AR1 refirió que V1 presentó taquicardia, señalando además que una semana antes había sido valorada por dolor intenso en articulaciones, indicando mantener a V1 en observación, es decir, hospitalizada.

**70.** Es relevante lo señalado en el numeral que antecede en virtud de que es justamente por la presencia de taquicardia que V1 fue hospitalizada para mantenerla en observación; sin embargo, la elevación de la frecuencia cardiaca ameritaba un estudio mayor por parte de AR1 que permitiese determinar su causa para que, en congruente consecuencia, se estableciera el tratamiento médico adecuado a esa referida y particular afectación (taquicardia) de V1.

**71.** Con la finalidad de identificar y determinar el alcance y repercusiones que impactaron de este momento en adelante en la salud de V1, es relevante destacar la siguiente información:

**71.1** Acerca del uso de los corticoesteroides para el tratamiento de V1, la bibliografía médica refiere que: “[...] *las infecciones representan un tema frecuente entre los pacientes que usan corticoesteroides o terapias biológicas indicadas para enfermedades del tejido conectivo tales como artritis reumatoide (AR) o lupus eritematosos sistémico (LES)... A pesar de sus innumerables bondades clínicas, favorecen la aparición de diversas infecciones y limitan nuestra capacidad para reconocer las manifestaciones clínicas o radiológicas de estas*<sup>22</sup>.”

**71.2** La misma documental bibliográfica establece que: “[...] este riesgo aparece cuando se ha acumulado una dosis de 700mg equivalente de prednisona o cuando un usuario crónico utiliza >10mg de este compuesto en forma diaria<sup>23</sup>.”

---

<sup>22</sup> Fica, A. *Infecciones en pacientes reumatológicos asociadas a corticoesteroides y antagonistas del factor de necrosis tumoral α*. Rev Chilena Infectol 2014; 31 (2): Págs. 181-195.

<sup>23</sup> Íbidem.

Énfasis añadido.

**72.** En el caso particular, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, V1 había recibido una dosis acumulada de 3 pulsos de “metilprednisolona” de 1 gramo cada uno, sumando un total de 3 gramos; además recibía tratamiento con “prednisona” 50 mg. diarios; es decir, a V1 le fue administrada una dosis acumulada de corticoesteroides, por lo tanto, contaba con factores relevantes de riesgo para desarrollar algún tipo de proceso infeccioso. Lo expuesto toma relevancia, toda vez que el uso de corticoesteroides dificulta el diagnóstico de un proceso infeccioso y ante la patología de base que presentaba V1 (LES), la predisposición y/o riesgo para cursar con una infección era elevada.

**73.** En la nota de ingreso al servicio de urgencias de las 10:00 horas, del 29 de agosto de 2017, SP12, describió a V1 como una paciente que llevaba “[...] 1 mes con dolor de miembro pélvico derecho...que al ir aumentando incapacitaba la deambulacion. Dolor de espalda del lado izquierdo en escala 10/10 y fiebre 41.2 [...]”, situación (dolor y cuadro febril) que motivó a V1 regresar al área de urgencias, ya que la fiebre persistió a pesar de los medicamentos. Ese mismo día SP1 prescribió adecuadamente que se realizara una interconsulta con el servicio de reumatología y solicitó la toma de laboratorios para el debido estudio clínico de V1.

**74.** En la nota médica de las 21:30 Horas, del 29 de agosto de 2017, AR2 revaloró a V1 reportando signos vitales dentro de parámetros establecidos y dolor, el resto de la exploración física fue referida sin cambios; sin embargo, en nota previa se destaca que los estudios paraclínicos de V1 reportaban un aumento de leucocitos -con predominio de neutrófilos-, así como también presencia de linfopenia<sup>24</sup>, que permitía sospechar un cuadro infeccioso en V1.

**75.** De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el incremento de los leucocitos reportados en los estudios de laboratorio, conforme a la bibliografía médica

---

<sup>24</sup> Disminución de los linfocitos en sangre.



establece que “[...] los procesos infecciosos locales o sistémicos son la causa principal de modificaciones en el número total y diferencial de los leucocitos... Cuando la leucocitosis es secundaria a infecciones bacterianas el predominio es de neutrófilos y puede haber un incremento de bandas; en cambio, ante la presencia de infecciones virales tiende a aparecer un marcado incremento de linfocitos<sup>25</sup>.” En este caso, los resultados de laboratorio de V1 reportaron datos en sangre que permitían establecer la sospecha diagnóstica y real de una infección de origen bacteriana que no fue observada por AR2, situación que contribuyó al deterioro del estado general de salud de V1.

**76.** Es de señalar que respecto a V1 y considerando la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el riesgo de infecciones en los pacientes reumatológicos se sobrepone a los riesgos determinados por la propia enfermedad, por lo que los médicos responsables de las valoraciones de V1, en todo momento debieron ponderar esta circunstancia al realizar sus diagnósticos y prescripciones, ya que, en pacientes con LES, cerca de dos tercios de las causas de muerte obedecen a las complicaciones de la enfermedad tales como: infecciones, eventos cardiovasculares y hemorragia gastrointestinal.

**77.** El día 30 de agosto de 2017, AR3 refirió en la valoración efectuada a las 12:00 horas, que V1 se encontraba con signos vitales dentro de los parámetros establecidos, indicando que continuaría manejo con esteroides y morfínicos, quedando a la espera de la valoración de reumatología.

**78.** En ese sentido, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, establece que las “[...] contraindicaciones relativas para el tratamiento con glucocorticoides son la infección activa y los pacientes con inmunodeficiencia” y en este caso V1 evidentemente cursaba con un proceso de inmunodeficiencia por su propia patología de base (LES), así como con datos paraclínicos de una infección bacteriana; sin embargo, AR3 prescribió nuevamente manejo a base de esteroides sin haber

---

<sup>25</sup> López-Santiago. N. La biometría hemática. Acta Pediatr Mex. 2016; 37 (4): 246 – 249.

identificado la existencia de un foco infeccioso y sus características, lo cual incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad derivado de la evolución infecciosa existente.

**79.** El 30 de agosto de 2017, a las 19:30 horas, AR4 refirió que se intentaría una reducción de corticoesteroides; sin embargo, contrario a su propia indicación, continuó prescribiendo altas dosis de estos medicamentos: “[...] *Prednisolona 50mg VO c/24 horas, “metilprednisolona” 1gr IV...cada 24 hrs*”. Por lo que se observa que, aun cuando AR4 indicó que disminuiría la dosis de corticoesteroides a V1, la dosis que estableció para su aplicación fue la misma, condicionando con ello mayor riesgo de presentar complicaciones asociadas al uso de dichos medicamentos, que en el caso de V1, fue cursar con un proceso infeccioso.

**80.** De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional y de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, la dosis que habitualmente se recomienda en el tratamiento de las manifestaciones articulares de LES es de 10mg/día o menor, por el menor tiempo posible, para reducir las complicaciones asociadas (infección, necrosis avascular, Etc.). V1 al estar sujeta a un tratamiento con altas dosis de corticoides presentó una infección.

**81.** El 31 de agosto de 2017, a las 14:20 horas, AR5 valoró los cambios clínicos observados en V1, precisando entre otros una disminución de la fuerza tanto en sus extremidades superiores, como en la extremidad inferior derecha, prescribiendo que: continuaría administrando “[...] *medicamento de base*” y que solicitaría “[...] *envío a tercer nivel para valoración y manejo.*” Al darse cuenta que su evolución iba en detrimento -considerando que en aquel momento persistía la disminución de la fuerza en las extremidades de V1 y a pesar de contar con los estudios de gabinete respectivos-, AR5 no se percató del proceso infeccioso en V1 para prescribir el tratamiento oportuno y adecuado para dicho proceso infeccioso, continuando inadecuadamente con el uso de corticoesteroides, contribuyendo como se ha referido, al aumento de la morbimortalidad de V1 por estar íntimamente asociado a infecciones en pacientes con LES.

**82.** El 1 de septiembre de 2017, a las 10:00 y a las 12:05 horas, AR6 valoró a V1 prescribiendo nuevamente corticoesteroides, y reportó “[...] *dolor en articulaciones distales de miembros torácicos [...] leve rigidez articular en manos, hipertérmicas y dolor a la movilización...*”. Situación que deja de manifiesto que a esta fecha el estado de salud de V1 continuó evolucionando desfavorablemente, cursando en ese momento dolor y disminución de fuerza, así como “*leve rigidez en articulaciones*”, presentando incluso cambios significativos en sus cifras tensionales, probablemente relacionados al uso de corticoesteroides. Cabe destacar que en esta nota médica no se indicaron los signos vitales de V1, lo cual incumple con la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico en su apartado de las notas médicas de hospitalización deberá contar como mínimo en su numeral 8.1.1. Signos vitales.

**83.** En este caso, V1 había recibido la administración de “metilprednisolona” (medicamento corticoesteroideo) en tres días consecutivos previo a su ingreso (24, 25 y 26 de agosto de 2017), así como durante los 4 días consecutivos en esta hospitalización (29, 30 y 31 de agosto y 1 de septiembre de 2017) y su tratamiento de base vía oral (prednisona 50 mg vía oral). A pesar de ello, el cuadro infeccioso que presentaba V1, continuó pasando inadvertido, pues AR6 el 01 de septiembre de 2017, prescribió inadecuadamente suministrar otro pulso de “metilprednisolona”, sin valorar su riesgo/beneficio, contribuyendo así, al aumento del riesgo de morbilidad asociada a infecciones en pacientes con LES.

**84.** El 2 de septiembre de 2017, SP13, refirió que V1 presentaba una “*mejoría sintomática*” y que se le encontraba “[...] *pasando hoy -sic- el 5° bolo de 1 gramo de metilprednisolona el cual se suspende inmediatamente, ya no tiene indicación de pasarse más esteroide que el que ha recibido en bolos. No se ha recibido contestación de tercer nivel para valoración por reumatología...*”, lo cual cumplió con lo establecido por la Guía de Práctica Clínica donde se recomienda que “[...] *los esteroides deberían ser retirados tan pronto como sea posible para evitar las complicaciones infecciosas o realizar una reducción por debajo de 10 mg al día será un objetivo de la terapia inmunosupresora.*”

**85.** Lo anterior permite advertir, que SP13 indicó adecuadamente la suspensión inmediata del uso de corticoesteroides, favoreciendo de esta manera la posibilidad de evidenciar aun más el proceso infeccioso que cursaba V1.

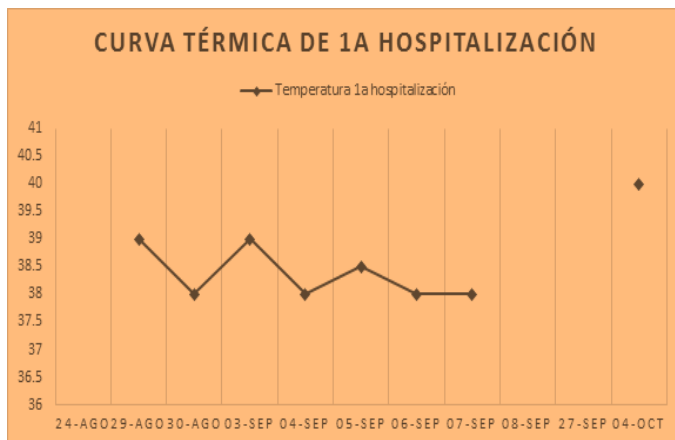
**86.** En la nota de enfermería del 3 de septiembre de 2017, se registró que V1 cursó con fiebre cuantificada en 39°C a las 00:00 horas, por lo que, adecuadamente SP14, prescribió dosis única de analgésico y antipirético. Respecto al caso en particular y la presencia constante de picos febriles en V1, es de precisar que la fiebre es “[...] *uno de los signos más comunes de numerosas enfermedades humanas, particularmente las infecciosas, es la fiebre caracterizada por una temperatura generalmente tomada en la piel y superior a 37°C*”.<sup>26</sup>.

**87.** De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el personal médico del HGZ 24 al sospechar la existencia de un proceso infeccioso relacionado con el LES y ante la presencia de picos febriles constantes en V1, debieron buscar e identificar las causas de la infección, o bien, determinar el origen de la fiebre que presentaba ya que ésta era mayor a 37°C. En el caso particular de V1, existió una importante relación entre LES e infecciones, por lo que al detectarse fiebre, era claro que los dos principales diagnósticos a descartar eran la presencia de una infección, o bien, que la fiebre fuese secundaria a actividad lúpica; aunque era evidente la sintomatología en V1, esta fue ignorada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 del HGZ 24.

**88.** En la siguiente gráfica y para mayor referencia pueden apreciarse los picos febriles que presentó V1 en este primer periodo de hospitalización, su temperatura nunca fue menor a 37°C.

---

<sup>26</sup> Ramón R. F., Farias J. M. *La fiebre. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* Vol 57, N° 4. Julio Agosto 2014. (pg. 20)



**89.** El día 4 de septiembre de 2017, a las 14:20 Horas, AR7 refirió que V1 presentó “*extremidades con flogosis*”<sup>27</sup> y que el resto se mantuvo sin cambios. A las 23:11 horas de ese mismo día SP15 cambió el manejo de V1, suspendió diversos medicamentos usados para el control del dolor (ketorolaco y diclofenaco) y solicitó un ultrasonido de muslo y radiografías de cadera, pues el dolor persistía en el miembro pélvico derecho; prescribiendo adecuadamente una primera dosis de antibiótico (levofloxacino y clindamicina) ante la sospecha de un proceso infeccioso que cursaba V1, situación que no observó AR7. El 5 de septiembre de 2017 a las 13:20 horas, AR7 refirió que el día anterior V1 había presentado un pico febril, observando que las frecuencias cardíaca y respiratoria se encontraban con tendencia al límite normal superior, solicitando adecuadamente que se le realizaran estudios de gabinete (radiografía de tórax, examen general de orina, radiografía de cadera, radiografía de fémur lateral derecho, ultrasonido de muslo derecho), así como monitorización cardíaca continua.

**90.** El 6 de septiembre de 2017 a las 11:15 horas, V1 fue valorada por SP16 del servicio de Reumatología, reportando que la encontró con signos vitales dentro de parámetros normales y clínicamente con “[...] *disminución de la fuerza muscular* [...] que no corresponde a las características de actividad por miopatía (es decir, LES), así como

<sup>27</sup> Inflamación, hinchazón o una alteración que se caracteriza por un aumento de temperatura y en ocasiones enrojecimiento.

*con datos de trombosis venosa [...]”, en esa fecha y hora SP5 ordenó realizar cultivos por la persistencia de fiebre, de la cual expresamente señaló: “[...] no se explica por la enfermedad reumatológica (LES)”, advirtiendo además que V no requería en ese momento “[...] cambio en la terapia inmunosupresora, ni inmunoglobulina, ni terapia biológica”, determinando el alta médica de V1 en el servicio de reumatología.*

**91.** El 7 de septiembre de 2017, a las 12:30 horas, AR7 refirió que V1 había presentado el día anterior *“un alza térmica 37.2”* estableciendo además que se encontraba *“[...] sin datos de actividad de lupus”*; aun cuando de estudios realizados a V1, se contaba con información inherente a la presencia de un proceso infeccioso, AR7 no verificó que se hubiera realizado el cultivo prescrito en su valoración previa a V1, así como por SP16, situación que le hubiese permitido determinar y evidenciar el foco infeccioso de V1, dicha acción y omisión contribuyeron al mayor deterioro de su estado general de salud.

**92.** El 8 de septiembre del 2017 a las 11:40 horas SP17 valoró a V1 y la describió sin mayores cambios clínicos, con *“limitación del movimiento de flexión de miembro pélvico derecho por presencia de dolor en muslo [...] Doppler de miembro pélvico derecho por PB (probable) trombosis venosa”*.

**93.** El mismo día, 8 de septiembre del 2017, AR8 sin haber realizado y valorado la toma de cultivos prescrita por SP16 y AR 7, ni descartar la sospecha del proceso infeccioso, elaboró inadecuadamente la hoja de egreso de V1.

**94.** Es de destacar que AR8 incurrió en deficiencias al momento de requisitar la hoja de egreso respectiva pues no indicó correctamente las fechas en que se administraron los pulsos de corticoesteroides a V1, ni las cantidades que le fueron suministradas de ese medicamento a la paciente, con lo que se evidencia el descuido en la prestación del servicio médico que tenía obligación de brindar, pues su omisión además de contravenir la NOM-004-SSA3-2012, impide la continuidad en el diagnóstico y tratamiento correcto de V1.

**95.** Cabe destacar que, si bien a la hora de egreso se refirió que V1 se encontraba “afebril<sup>28</sup>”, en la misma nota no se asientan sus signos vitales, ni la hora de salida, lo cual también incumple con lo previsto al efecto en la NOM 004-SSA3-2012, en su apartado de las notas médicas de hospitalización deberá contar como mínimo en su numeral 8.1.1. Signos vitales. Asimismo, previo a su egreso, y a pesar de encontrarse afebril, de la citada nota no se advierte que se haya valorado el efecto de los glucocorticoides sobre la temperatura de V1, pues resultan ser antipiréticos y, a esa fecha, no se tenía evidencia de que se hubieran elaborado los cultivos ordenados para descartar el proceso infeccioso referido por varios de los médicos que valoraron a V1, desde el 29 de agosto al 8 de septiembre de 2017.

**96.** En el caso que nos ocupa y como se muestra en la gráfica de curva febril de esta etapa de hospitalización, V1 no tuvo temperaturas menores a 38°C; es decir, siempre se mantuvo con fiebre, lo expuesto toma relevancia, toda vez que el servicio de reumatología había establecido que V1 no cursaba con exacerbación de LES y sí con un probable proceso infeccioso, por lo que en dos ocasiones se solicitaron cultivos, sin embargo y a pesar de ello, AR8 decidió dar de alta a V1, sin tener los resultados de los cultivos, ni descartar un proceso infeccioso.

**97.** Previo a su egreso, V1 contaba con unos resultados de laboratorios que se tomaron el día 5 septiembre 2017 a las 13:54 horas, en los que se reportó la presencia de leucocitosis (aumentos de los leucocitos en sangre) así como también el aumento de neutrófilos, cuestión esta que tampoco fue valorada por el personal médico referido en el presente segmento, condición que contribuyó a la morbilidad y mortalidad de V1.

---

<sup>28</sup> Sin fiebre.

**B.3 Atención médica a V1 los días 27 de septiembre y 4 de octubre de 2017, en la UMF 40 y durante el segundo periodo de hospitalización, del 12 de octubre al 3 de noviembre de 2017, en el HGZ 24.**

**98.** Es necesario precisar y contextualizar que previo al segundo periodo de hospitalización de V1, los días 27 de septiembre a las 18:59 horas y 4 de octubre de 2017 a las 19:22 horas, V1 se presentó en compañía de QV en la UMF 40, donde fue valorada por AR9, quien en la primera consulta omitió registrar la temperatura de V1, por lo que no fue posible determinar si se encontraba con o sin fiebre, incumpliendo con ello lo establecido en la NOM 004-SSA3-2012; en la segunda revisión AR9, señaló que V1 se encontraba con “[...] *mucho dolor y fiebre de 40 grados* [...].”

**99.** Asimismo, tal como se establece en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, cuando un paciente con dolor articular agudo también presenta fiebre, es necesario realizarle una valoración cuidadosa para descartar procesos potencialmente mortales, como lo puede ser una infección, en pacientes con síntomas sistémicos, generalmente se requiere internamiento e interconsulta para valoración de enfermedad reumática o infecciosa.

**100.** En dicha tesitura, la citada Opinión Médica destaca que las infecciones son responsables del 40.50% de la morbilidad y mortalidad en pacientes con LES, lo que permite determinar que AR9 de la UMF 40, si bien es cierto, dio tratamiento sintomatológico a V1, también lo es que pasó inadvertido el probable proceso infeccioso que presentó, considerando la predisposición de V1 para desarrollar el mismo, aumentando así el riesgo de su morbimortalidad.

**101.** El 12 de octubre de 2017, V1 en compañía de QV, acudió al área de urgencias del HGZ 24, siendo valorada por AR10, quien la reportó con aumento en las frecuencias cardíaca y respiratoria y fiebre de 39°C, es decir, valores por encima de lo normal, refiriendo además que V1 presentó debilidad muscular, dolor en varias articulaciones y



dificultad para controlar esfínter urinario, presentando en ese momento V1 incapacidad para levantar brazos y piernas por debilidad muscular.

**102.** De acuerdo con la nota de AR10, V1 presentó fiebre, dolor en articulaciones, así como datos sistémicos de una probable infección, y pérdida de control de esfínteres, al inicio de esta segunda hospitalización no se estableció una probable sospecha diagnóstica de etiología infecciosa, aun cuando el expediente de V1 en ese mismo HGZ 24 contaba documentales médicas en las que se refería tal etiología. La Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer refiere que las causas comunes de incontinencia urinaria son infecciones de vías urinarias que constituyen un problema médico y social importante, pues, a pesar de no ser, en un primer momento un proceso de riesgo vital, si deterioró significativamente la calidad de vida de V1, limitando su autonomía y reduciendo su autoestima,<sup>29</sup> todo lo anterior, permite determinar que V1 estaba presentando un signo y/o síntoma nuevo (incontinencia urinaria), cuya causa ameritaba mayor estudio para descartar un proceso infeccioso a nivel urinario.

**103.** El 12 de octubre de 2017, AR11 ordenó la práctica de varios estudios de laboratorio a V1 y prescribió nuevamente como tratamiento “metilprednisolona” en dosis de 1 gramo, cada 24 horas, sin embargo, con la prescripción de tal fármaco, nuevamente no se consideraron las contraindicaciones relativas para el tratamiento de LES con glucocorticoides, deteriorando con ello de manera importante aún más su estado de salud, incluso AR11 reportó a V1 como muy delicada con posibilidad de complicaciones graves a mediano y corto plazo.

**104.** El 12 de octubre de 2017 a las 13:48 horas, AR10 reportó los estudios de laboratorio efectuados a V1, refiriendo datos de anemia<sup>30</sup>, linfocitopenia<sup>31</sup>,

---

<sup>29</sup> *Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer*. México, Secretaría de Salud; 2009 (págs. 7 y 12).

<sup>30</sup> Disminución en la concentración de la hemoglobina en sangre.

<sup>31</sup> Linfocitos totales en sangre menor a 1,500/mm<sup>3</sup>.

trombocitosis<sup>32</sup>, porcentaje de neutrófilos segmentados aumentado<sup>33</sup> y tiempo parcial de trombloplastina<sup>34</sup>.

**105.** En el expediente clínico de V1 no obra evidencia documental que permita establecer que AR10 haya realizado u ordenado estudios que permitieran establecer el tipo o clasificación de la anemia que V1 padecía, así como su probable etiología y diagnóstico; sin embargo, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional refirió que del análisis efectuado a los datos de los estudios de laboratorio de mérito, V1 tenía una anemia normocítica normocrómica, que podía ser secundaria a la administración de medicamentos, o bien, a infecciones específicas.

**106.** Todo lo anterior permite determinar que al no haber realizado un mayor estudio acerca de la anemia que presentaba V1 y establecer su causa, así como realizar una inadecuada valoración e integración diagnóstica por AR10, su omisión contribuyó a que continuara pasando inadvertido el proceso infeccioso de V1, el cual fue evolucionando hacia el deterioro y sus complicaciones, tales como la respuesta inflamatoria sistémica, sepsis, sepsis grave, choque séptico y falla orgánica múltiple.

**107.** El 12 de octubre de 2017, a las 23:55 horas, AR12 valoró a V1 y omitió reportar los resultados del examen general de orina, en el que sobresalía la coloración oscura-naranja de la orina y la presencia de proteínas y bilirrubinas en la misma, por lo que AR12 debió de haber solicitado el cultivo de orina respectivo para descartar una infección en las vías urinarias, o bien, algún padecimiento renal, ya que V1 presentaba incontinencia urinaria.

**108.** En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional queda establecido que el objetivo del tratamiento de las manifestaciones articulares en LES, es disminuir la inflamación y el dolor, preservar la función, incrementar la calidad de vida y minimizar los efectos adversos de los fármacos, sin embargo en el caso de V1, a pesar de que en todo

---

<sup>32</sup> Aumento del número de plaquetas en sangre.

<sup>33</sup> Cifra absoluta de neutrófilos mayor de 7.500 células/ul.

<sup>34</sup> Prueba para evaluar el tiempo que tarda la sangre en coagularse.

momento refirió la presencia de dolor muy intenso en escala de 10/10, aun con el manejo a base de glucocorticoides, ciclosporina, antimalárico y ciclofosfamida, el dolor nunca cedió, sin que los médicos tratantes AR1 a AR12 optaran por alternativas que disminuyeran el sufrimiento ante el dolor permanente y mejoraran la calidad de vida de V1.

**109.** Los días 13 y 14 de octubre de 2017, AR13, AR14 y AR15 realizaron valoraciones médicas a V1 sin reportar los resultados de sus estudios clínicos, omisión que incrementó el riesgo de continuar pasando inadvertido un cuadro hepático, renal y hematológico cursado por V1, quien refirió dolor, escalofríos, episodios de fiebre, anemia, así como frecuencia respiratoria por encima de parámetros normales y modificación de las pruebas hepáticas, destacando al respecto que AR13, AR14 y AR15 no realizaron adecuadas valoraciones e integración diagnóstica a V1, por lo que su evolución siguió siendo hacia el deterioro.

**110.** El 15 de octubre de 2017, AR16 describió que V1 presentaba fuerza disminuida en miembro pélvico con extremidades íntegras, sin embargo, no se allegó de mayores elementos que permitiesen establecer el origen de la sintomatología; en la misma fecha, AR17 efectuó el ingreso de V1 al servicio de medicina interna, reportando su signos vitales dentro de límites establecidos, resaltando que su padecimiento inició hacía 20 días con presencia de dolores musculares y articulares de intensidad 10/10, náuseas, picos febriles vespertinos, sangrado diario de nariz, dificultad para controlar esfínteres urinarios y disminución de la fuerza muscular en las cuatro extremidades, la cual fue deteriorándose hasta llegar a la inmovilización de las mismas. Dichos datos clínicos, fueron obviados por AR17, quien únicamente prescribió inmunoglobulina gamma globular, la cual, cabe destacar, no hubo en existencia en el HGZ 24, sin que se advierta que tal carencia se resolviese en ese momento, para dotar a V1 del medicamento indicado.

**111.** En la Guía del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos Edición 2017 del Consejo de Salubridad General en el Índice General por Grupo Terapéutico en el Grupo N° 7, Enfermedades Inmunoalérgicas debajo de Catálogo se encuentra

*“Inmunoglobulina G no Modificada, Inmunoglobulina Humana e Inmunoglobulina Humana Normal”*, sin embargo, el HGZ 24, no tuvo disponibilidad del mismo, contraviniendo lo establecido al efecto en el artículo 27, fracción VIII, de la Ley General de Salud respecto a la Prestación de los Servicios de Salud.

**112.** El 16 de octubre de 2017, a las 10:00 horas, V1 fue valorada por AR18, quien reportó la existencia de dolor generalizado de gran intensidad indicando tomar controles de laboratorio, destacando la no existencia en el HGZ 24, de inmunoglobulina, por lo que solicitó envío de V1 a tercer nivel; sin embargo, AR18 no refirió en momento alguno que V1 durante la madrugada del día previo fiebres de 38.5°C y 40 °C, evidenciando la inadecuada valoración médica de V1, así como el incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012.

**113.** En esa misma fecha, AR10 valoró a V1 sin indicar hora en la nota medica e indicó el cambio de inmunoglobulina, por pulso de ciclofosfamida (medicamento inmunosupresor), dejando prescrito además otro pulso de “metilprednisolona”, ambos fármacos de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional y como se ha referido en párrafos anteriores, tienen un efecto de disminución de la respuesta inmunológica del organismo, el cual, en el caso de V1, estaba ya muy deteriorado; omitiendo además en la misma nota, asentar los signos vitales y datos de exploración física de V1, lo cual además de contravenir lo dispuesto por la NOM-004-SSA3-2012, coincide con el dicho de QV, en el sentido de que AR10, no atendía debidamente a su hija V1 aun cuando era una paciente conocida del servicio de reumatología.

**114.** El 18 de octubre de 2017, a las 14:59 horas, V1 fue nuevamente valorada por AR10, quien describió que se encontraba en su segundo pulso de “metilprednisolona” y que continuaría hasta tres dosis, para después seguir aplicando pulsos de “ciclofosfamida”, situación perjudicial para V1, pues para ese momento se había excedido el uso de esos medicamentos sin resultados favorables para el control de LES; sin embargo, en esta nota no se describen nuevamente las constantes vitales de V1, su evolución, ni la exploración física respectiva, incumpliendo así otra vez, con la

NOM-004-SSA3-2012. Es de destacar que el 23 de octubre de 2017, AR10, incrementó inadecuadamente la dosis de glucocorticoide.

**115.** El 26 de octubre de 2017, AR10 valoró y señaló que V1 cursaba LES con actividad en sistema nervioso central, presentando fiebre, solicitó hemocultivos y estudios de tórax para buscar datos de infección, sin embargo y de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se desconocen los métodos, estudios y/o criterios empleados por AR10 para establecer el diagnóstico de *LES con actividad en el sistema nervioso central* de V1.

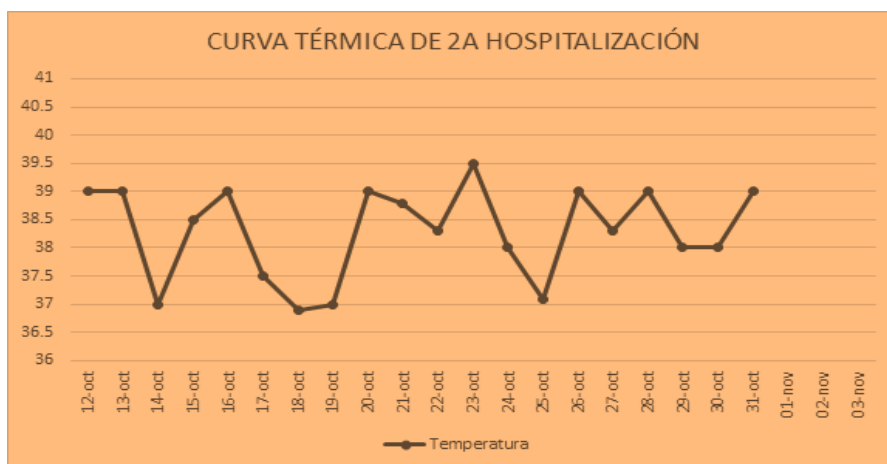
**116.** Los días 30 y 31 de octubre de 2017, AR10 valoró nuevamente a V1, advirtiéndose de las notas médicas respectivas, la omisión en que incurrió al dejar de establecer la hora y las constantes vitales de V1, así como la exploración física al momento de su valoración, su evolución y su estado actual; situación que no permitió determinar el estado de V1 en ese momento, contraviniendo una vez más lo dispuesto al efecto por la NOM-004-SSA3-2012.

**117.** El 3 de noviembre de 2017, AR18 elaboró la hoja de alta de V1, sin establecer una hora de egreso, señalando que V1 se encontraba con signos vitales dentro de parámetros establecidos, determinando su egreso para “evitar infecciones nosocomiales”; Al respecto, si bien es cierto evitar infecciones en una paciente con los factores de riesgo que V1 presentaba era un objetivo primordial, también lo es que pasar desapercibido un proceso infeccioso de base “no adquirido en medio hospitalario” y darle de alta, aumentó la morbimortalidad de V1; sin pasar por alto que V1 a su egreso, aún presentaba dolor, síntoma que tampoco estaba controlado.

**118.** La Opinión Médica de esta Comisión Nacional refirió que de los resultados de los exámenes de laboratorio, con los que se egresó a V1, ya se podía establecer que cursaba con un deterioro en sangre, secundario a un proceso infeccioso, pues si bien es cierto, el efecto inmunodepresor de los medicamentos que le suministraban como la ciclofosfamida, podía causar una reacción adversa -como la disminución de los leucocitos en sangre-, también lo es que este efecto se produce de 8 a 14 días después

de la administración de este fármaco, y V1 había presentado esa condición el segundo día posterior a la primera aplicación del mismo, por lo que no haber descartado un proceso infeccioso fue inadecuado e incrementó en V1 el riesgo de morbilidad asociado a infecciones en pacientes con LES.

**119.** En la siguiente gráfica y para mayor referencia pueden apreciarse los picos febriles que presentó V1 en este segundo periodo de hospitalización, destacando que en este internamiento, al igual que el anterior, V1 en todo momento presentó picos febriles.



**120.** Finalmente, es claro que V1 aun no se encontraba en condiciones de ser egresada, pues al momento del alta, además de presentar fiebre, dolores intensos, problemas respiratorios y demás sintomatología descrita en el presente segmento, tuvo que ser trasladada en ambulancia del HGZ 24 hasta su domicilio, lo cual permite a esta Comisión Nacional presumir que V1 no se valía de sus propios medios y que evidentemente había disminuido considerablemente su calidad de vida. Con base en todo lo anterior, se puede establecer que la indicación de egreso establecida por AR18 fue inadecuada.

#### **B.4 Atención médica a V1 durante el tercer -y último- periodo de hospitalización, del 29 de noviembre al 6 de enero de 2018, en el HGZ 24.**

**121.** El 29 de noviembre de 2017 a las 12:10 horas, en el servicio de Urgencias AR1 valoró a V1, a quien describió con frecuencias cardíaca y respiratoria fuera de parámetros establecidos, señalando además que V1 presentaba sangrado activo por narina derecha (epistaxis), estableciendo como diagnóstico LES y dermatomiositis en control.

**122.** Con relación al sangrado activo por narina derecha de V1, se establece en la Guía de Práctica Clínica que para su debido diagnóstico, se debe realizar una historia clínica completa, con ciertos énfasis, ya que en pacientes con sospecha de enfermedad hematológica se recomienda la elaboración de exámenes de laboratorio, situación que no observó AR1 al momento de la valoración de V1.

**123.** Ante el antecedente de LES, la cual en sus etapas de activación puede causar reacción inflamatoria sistémica y esta a su vez condicionar taquicardia y taquipnea - cursadas como se señaló por V1-, se debieron realizar diversos estudios, tales como biometría hemática y tiempos de coagulación, ello, con la finalidad de confirmar o descartar una reactivación de LES, o bien, buscar e identificar el origen de la epistaxis, taquicardia y taquipnea, situación que en el caso de V1 no ocurrió, ya que AR1 sólo otorgó tratamiento sintomático y taponamiento nasal, omitiendo verificar la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, por lo tanto, no se allegó de los elementos necesarios para realizar una adecuada integración diagnóstica, dándola de alta hospitalaria con manejo sintomático.

**124.** El mismo 29 de noviembre de 2017, 5 horas posteriores al egreso del HGZ 24, QV llevó a V1 nuevamente al área de urgencias, pues presentaba ya un estado de choque, lo que evidencia que el día 29 de noviembre de 2017, V1 se encontraba en condiciones clínicas graves y AR1 ordenó su alta hospitalaria sin realizar una adecuada integración diagnóstica, contribuyendo al deterioro clínico que V1 presentó ese mismo día.

**125.** El 29 de noviembre del 2017 a las 17:08 y 17:14 horas AR19 valoró a V1 a quien describió con signos vitales fuera de lo establecido, pues presentó fiebre, hipotensión y taquicardia, lo cual corresponde a un síndrome de respuesta inflamatoria ya que presentaba alteraciones en dos o más parámetros fisiológicos; no obstante ello y a pesar de las condiciones de V1, AR19 determinó el alta de V1 del área de urgencias con cita abierta y control en el servicio de reumatología y su UMF; aun cuando era inminente el estado crítico en el que se encontraba V1.

**126.** Con relación al estado de sepsis grave, cabe recordar que V1 contaba con múltiples factores de riesgo para generar procesos infecciosos: padecimiento de base (LES), uso prolongado y dosis altas de corticoesteroides, pulsos de ciclofosfamida, 2 hospitalizaciones previas recientes (con curvas febriles que evidencian la presencia de temperatura elevada durante sus estancias), así como múltiples egresos sin una adecuada integración diagnóstica (8 de septiembre de 2017 y 3 de noviembre de 2017); es decir, sin confirmar o descartar un proceso infeccioso.

**127.** Al respecto, los errores en la atención médica más graves que tienen impacto sobre la morbilidad y mortalidad de los pacientes, son el retraso de 48 horas o más en realizar un diagnóstico sobre el proceso séptico, a pesar de la presencia de dos o más de signos de sepsis, tales como la *fiebre, hipotensión, taquicardia, polipnea y confusión*; así como el retraso de 6 horas o más en iniciar antibióticos apropiados. La calidad del manejo inicial de pacientes con sepsis grave, así como una práctica clínica deficiente pueden contribuir a incrementar la morbilidad y mortalidad del paciente, prolongar la estancia hospitalaria, así como favorecer la aparición de resistencia de microorganismos, por lo que es indispensable una vigilancia estrecha y manejo oportunos.<sup>35</sup>

**128.** Por lo tanto, el pasar inadvertidos los factores de riesgo de V1, así como los signos y síntomas relacionados con un estado de sepsis grave y choque séptico; evidencia

---

<sup>35</sup> Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto. México: Secretaría de Salud; 2009. (pg. 32-33)



que AR19 no realizó una adecuada integración diagnóstica, a pesar de estar ante un proceso patológico que requería manejo urgente. Aunado a lo anterior, existió dilación en el tratamiento, todo lo expuesto en su conjunto incrementó el riesgo de complicaciones, siendo la más significativa la mortalidad asociada a sepsis grave y choque séptico.

**129.** El 29 de noviembre de 2017, AR10 valoró a V1 y reportó que tenía el antecedente de evacuaciones melénicas<sup>36</sup> con 15 días de evolución y permanente por 5 días; posteriormente, SP20 valoró a V1 quien había sido dada de alta en dos ocasiones anteriores ese mismo día por AR1 y AR19, por lo que exigió -sic- el “[...] *internamiento [de V1] por indicación de reumatología*”.

**130.** En la referida nota médica sin hora de esa misma fecha, es decir, 29 de noviembre de 2017, AR10 describió que de la exploración física realizada a V1, se advirtió únicamente “EF palidez, no artritis, edema de manos” sin describir los signos vitales, incumpliendo con lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012; AR10 en la misma nota determinó como plan y tratamiento para V1, que ingresara a piso para administración de ciclofosfamida como manejo del LES, sin advertir nuevamente el foco infeccioso de V1, coadyuvando con la dilación en la búsqueda e identificación de dicho foco y la demora del tratamiento oportuno y adecuado, lo cual elevó directamente el riesgo de la morbilidad y mortalidad en V1.

**131.** El 29 de noviembre de 2017, a las 21:30 horas, AR20 valoró a V1 y determinó seguir con el plan de “[...] *ingreso para el inicio de sw ciclofosfamida esteroide sistémico protector de mucosa gástrica...datos de sangrado*”; sin embargo, es de destacar que el diagnóstico de sepsis continuó pasando inadvertido y en consecuencia la dilación en

---

<sup>36</sup> Las evacuaciones melénicas son un signo clínico que refleja una hemorragia por la presencia de deposiciones con sangre digerida y es casi siempre manifestación de una hemorragia digestiva abundante. Las causas de una hemorragia digestiva son numerosas, aproximadamente en el 10% de los casos la hemorragia es secundaria a una enfermedad sistémica, que puede ser una septicemia o infección grave y generalizada de todo el organismo, debida a la existencia de un foco infeccioso en el interior del cuerpo y en el resto de los casos, debido a lesiones locales del tubo digestivo. Lo anterior permite establecer que las evacuaciones melénicas que V1 presentó, eran sin duda otro dato clínico sugestivo de un proceso infeccioso.

su tratamiento, lo cual contribuyó a la evolución del proceso infeccioso, incrementando el riesgo de morbimortalidad.

**132.** El 30 de noviembre de 2017, a las 11:07 horas, AR3 valoró a V1 y señaló que presentaba signos vitales dentro de parámetros normales. De la nota de enfermería se observa que los signos vitales de V1 estaban alterados (temperaturas de 38.5 a 39.5), en dicha nota AR3 prescribió la aplicación de inmunodepresores (ciclofosfamida) y corticoesteroides (predmisona), con ello, al no haber realizado el diagnóstico adecuado y sin tomar en cuenta los signos vitales de V1, comprometió la condición de su sistema inmunológico.

**133.** El 30 de noviembre de 2017, a las 17:20 horas, SP18 valoró a V1, quien refirió dolores musculares y articulares generalizados, fiebre de 39.5°C, taquicardia y tensión arterial hacia parámetros inferiores, integrando adecuadamente la sospecha diagnóstica de un probable foco infeccioso, prescribiendo apropiadamente analgésico, antipirético y toma de muestra radiográfica de tórax, para buscar algún foco infeccioso, por lo que para esta Comisión Nacional es evidente que si SP18, al 30 de noviembre de 2017, con la condición de V1 en grave deterioro, advirtió la sospecha del probable foco infeccioso, los anteriores médicos también pudieron haber realizado estas mismas acciones.

**134.** Para este Organismo Nacional no pasa desapercibido, que AR1, AR3, AR10, AR19 y AR20, quienes valoraron a V1 desde su tercer ingreso y durante sus primeras horas de estancia hospitalaria, actuaron negligentemente al dar de alta a V1 a pesar de su gravedad y fueron omisos al advertir el cuadro de choque séptico y sepsis grave, que presentaba V1 lo que condicionó la dilación en la atención urgente que se requería la paciente, contribuyendo con esto a la vulneración del derecho a la vida.

**135.** El 3 de diciembre de 2017, a las 17:00 horas, AR21 valoró a V1, indicando tratamiento sintomatológico para disminuir la fiebre (pico febril de 40°C y 41°C a las 16:00 horas del mismo día), que si bien es cierto era necesario para disminuir el síntoma, también lo es que AR21 debió buscar e identificar la causa de la fiebre debido

a que V1 ya estaba recibiendo terapia antibiótica de amplio espectro y a pesar de ello presentó dichos picos febriles.

**136.** El 4 de diciembre de 2017 a las 12:00 horas AR22 valoró a V1; sin embargo, su nota médica no contó con los datos completos de la exploración física que realizó, ni la sospecha diagnóstica secundaria a los picos febriles que presentó V1 en días anteriores, destacando al respecto que el personal de enfermería reportó en esa misma fecha que V1 continuó presentando fiebre y cursó alteraciones cardíacas relacionadas con su frecuencia y ritmo, situaciones que al no valorarlas AR22 incrementó la morbimortalidad de V1.

**137.** El 5 de diciembre de 2017 a las 06:30 horas, AR23 valoró a V1 a quien describió con tensión arterial y fiebre de 37.8°C. Físicamente, con dolor abdominal intenso asociado a vómito de contenido gástrico, reportándola *“muy delicada”*.

**138.** La Opinión Médica de esta Comisión Nacional señaló que lo anterior permite determinar que V1 presentaba un diagnóstico de “abdomen agudo” por lo que AR22 y AR23 debieron realizar la exploración física de inspección, auscultación, palpación, percusión, signos especiales examen pélvico y rectal para descartar o confirmar el padecimiento y tratamiento que V1 necesitaba a efecto de realizar la intervención quirúrgica urgente que requería.

**139.** El 5 de diciembre de 2017 a las 10:26 horas, SP19, reportó el resultado del estudio de endoscopía que se realizó a V1 por la sospecha diagnóstica de un probable sangrado de tubo digestivo alto, estableciendo que V1 cursaba con alteraciones gastrointestinales, lo cual pudo ser secundario al proceso infeccioso y al manejo a base de corticoesteroides, como se ha descrito a lo largo de esta Recomendación.

**140.** El mismo 5 de diciembre de 2017, a las 17:32 horas, SP20 del servicio de Medicina Crítica valoró por primera vez a V1, a quien describió con *deterioro de la función respiratoria, dolor con aparente síndrome de condensación pulmonar, probable derrame pulmonar y con disminución de flujos urinarios*, en otras palabras, V1 cuyo

estado era grave desde su tercer internamiento, progresó en cuestión de horas de manera desfavorable hacia un estado de mayor gravedad, caracterizado por aumento de la intensidad, frecuencia cardíaca, fiebre, respiración rápida y aumentada.

**141.** En esa misma nota SP20 estableció que V1 cursó con fiebre durante los últimos 120 días, corroborando así lo analizado respecto a los picos febriles y adecuadamente consideró que para ese momento, V1 requería valoración inmediata por el servicio de cirugía derivado del cuadro abdominal agudo, no siendo candidata a terapia intensiva por falta de espacio aislado y solicitó interconsulta a cirugía general a la brevedad posible así como valoración por infectología y hematología, reportando a V1 como “*muy grave*” e inició adecuadamente manejo a base de antibiótico de amplio espectro debido al deterioro grave de V.

**142.** El 6 de diciembre de 2017, a las 10:45 horas, SP21 realizó la valoración preanestésica, de la que destaca que V1 contaba con alteración de estado general, clínicamente presentó mala hidratación, fiebre desde hace 3 meses, 40.2 hemorragias nasales, melena de 8 días, taquicardia y taquipnea, situación que evidencia la alteración del estado clínico de V1, confirmando su evolución hacia la gravedad por el propio proceso infeccioso.

**143.** El 6 de diciembre de 2017, a las 12:40 horas, durante el procedimiento quirúrgico, SP21, dada la gravedad de V1 solicitó una interconsulta al servicio de terapia intensiva, respondiendo el mismo día a las 13:05 horas, SP22, que en ese momento faltaba personal de enfermería para ingresar a V1 a UCI, sugiriendo solicitar valoración al siguiente turno para ingreso; lo anterior evidencia la falta de personal de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica.

**144.** El 6 de diciembre del 2017 a las 13:05 horas, SP23 realizó la descripción del tiempo quirúrgico y los hallazgos de tal procedimiento, destacando que se programó una laparoscopia exploratoria (visualización directa de las vísceras), encontrando una importante perforación en víscera hueca (intestino), por lo que se decidió realizar en

ese momento el procedimiento abierto y al revisar la cavidad abdominal se localizó la perforación citada, por lo que, SP23 realizó una extirpación quirúrgica de parte del intestino y la comunicación quirúrgica realizada con el íleon, normalmente situada en la fosa ilíaca derecha. Asimismo, refirió que encontró el apéndice con acumulación de líquido y necrosis (tejido o célula muerta) por lo que se realizó una extirpación quirúrgica del apéndice. Aunado a todo lo anterior, SP23, al revisar el hueco pélvico, refirió que no encontró útero, ni ovarios, solo un remanente de salpínge (conducto de la trompa de Falopio) izquierda con acumulación de pus en una cavidad, con ausencia completa de útero y ovarios.

**145.** Si bien es cierto, en la nota médica no se establece la causa de la perforación intestinal, también lo es que V1 contaba con factores de riesgo como el uso de fármacos gastrolesivos de administración prolongada, como los corticoesteroides suministrados desde el 24 de agosto de 2017, así como aquellos relacionados con el propio proceso séptico, los cuales predispusieron a V1 a presentar una probable úlcera perforada.

**146.** Todo lo anterior, resultó ser compatible con complicaciones derivadas del abdomen agudo que se omitió descartar en las valoraciones médicas previas de V1, siendo que la intervención quirúrgica se realizó hasta que su estado se reportó como de “muy grave”, por lo que se puede determinar que la dilación en la integración diagnóstica, estudios y tratamiento quirúrgico, indicados ante la sospecha de un abdomen agudo, condicionó a su evolución, aumentado el riesgo de perforación de una víscera hueca, la subsecuente peritonitis y finalmente, la necrosis, complicaciones reportadas como hallazgos de la cirugía practicada el 06 de diciembre de 2017 a V1, incrementando así su deterioro clínico, contribuyendo de manera directa a su posterior pérdida de la vida.

**147.** El 8 de diciembre de 2017, AR24 reportó la colocación de un catéter venoso central a V1, ya que ésta presentó nuevamente choque séptico, refiriendo temperatura de 37.8°C y descompensación con un alto riesgo de muerte a corto plazo, es decir, V1 se mantuvo grave; los resultados de laboratorio fueron compatibles con sepsis y disfunción

orgánica, AR24 no solicitó cultivos y por tanto no se allegó de los elementos necesarios para identificar el agente causal del proceso séptico.

**148.** El 9 de diciembre del 2017, a las 06:30 horas en su nota médica SP24 describió que siendo aproximadamente las 06:00 horas personal del área de enfermería, le solicitó apoyo para una decanulación incidental a V1, ya que la encontraron “[...] *con el globo de cánula...*” en su boca, retirando el mismo y observando ventilación espontánea; con tendencia a la taquicardia y disminución de los niveles de oxígeno en sangre, procediendo SP24 a la aspiración de secreciones en boca e inició los preparativos para re-intubación, sin embargo no se logró revertir la taquicardia y V1 presentó paro cardíaco, el que se revirtió posterior a las maniobras de reanimación y suministro de fármacos específicos para el caso.

**149.** Con base en lo referido se puede establecer que la extubación que presentó V1, fue una de las complicaciones inherentes al manejo respiratorio con ventilador mecánico, el cual fue atendido por SP24, quien otorgó el tratamiento adecuado.

**150.** Las situaciones descritas que se corroboran con las documentales que integran el expediente, permiten determinar que el paro cardiorespiratorio que presentó V1 el 9 de diciembre de 2017, le provocó un daño cerebral neurológico irreversible y en consecuencia su estado vegetativo, en el que permaneció V1 por 27 días. Durante la estancia hospitalaria en el UCI se le brindó asistencia adecuada pero no fue posible revertir el deterioro que presentaba, ya que V1 durante ese tiempo presentó una epilepsia que le provocaba convulsiones, además de presentar neumonía, esta última se complicó por la falta de medicamentos y hemoderivados en el HGZ 24 mismos que fueron solicitados en diversas ocasiones por el personal médico del área sin que se los hubiera otorgados.

**151.** El 6 de enero de 2018, aproximadamente a las 10:12 horas, SP9 observó por el monitor que V1 presentaba ausencia total de actividad cardíaca y pérdida completa de la misma, por lo que inició reanimación básica y avanzada sin respuesta; declarando la hora de fallecimiento de V1 a las 10:25 horas, extendiendo el certificado de defunción

con diagnósticos de *hemorragia alveolar de 12 horas de evolución, LES de un año de evolución y encefalopatía anóxica isquémica de un mes de evolución*.

**152.** En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, en particular de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el personal médico del HGZ 24 precisado en los párrafos anteriores, identificados como AR1 a AR24, en los ámbitos de sus respectivas competencias, dejaron de otorgar a V1 la atención médica que requería, de acuerdo a los padecimientos que presentó desde el 24 de agosto de 2017 y hasta el 6 de enero de 2018, pues el no haber realizado un diagnóstico adecuado, impidió dar un tratamiento oportuno a V1, lo que trajo como consecuencia el deterioro de su salud y por tanto la violación a su derecho a la protección a la salud, que posteriormente conllevó a la pérdida de la vida de V1, lo cual violentó lo previsto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud.

**153.** Por todo ello, este Organismo Nacional considera que el derecho a la protección de la salud de V1 fue vulnerado, pues las personas servidoras públicas del IMSS encargados de brindarle los servicios necesarios para el restablecimiento de su salud, incurrieron en actos y omisiones que provocaron la afectación de su estado físico, condicionaron su evolución hacia el deterioro y su posterior fallecimiento, como consecuencia de las diversas y graves complicaciones médicas descritas.

**154.** En este sentido, las personas servidoras públicas señaladas, con sus actos y omisiones transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, establecido en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; así como el 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); además de lo señalado

en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

### **C. DERECHO A LA VIDA DE V1.**

**155.** La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en los artículos 1° y 29 de la Constitución Mexicana y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

**156.** La SCJN ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, no sólo prohíbe la privación de la vida, también exige la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho y existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando este no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.<sup>37</sup>

**157.** La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos.<sup>38</sup> En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio<sup>39</sup>.

**158.** Así, el derecho a la integridad personal es de tal importancia en la referida Convención Americana<sup>40</sup> junto con el derecho a la vida, los cuales no solo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el

---

<sup>37</sup> SCJN. Tesis constitucional. “*Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado*”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

<sup>38</sup> CrIDH “*Caso de los ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*”. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

<sup>39</sup> CrIDH “*Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México*”. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 232.

<sup>40</sup> CrIDH “*Caso Instituto de Reeducación del Menor Vs. Paraguay*”. Sentencia de 2 de septiembre de 2004, párr. 158.



Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de dicha Convención.<sup>41</sup>

**159.** Además, la misma CrIDH ha señalado que “de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan deberes especiales determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específico”.<sup>42</sup>

**160.** Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público.<sup>43</sup>

**161.** Finalmente, la CrIDH ha señalado que “la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la Convención Americana”.<sup>44</sup>

**162.** El Tercer Objetivo “Salud y Bienestar” para “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal” de los Objetivos Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, establece como una de las metas, reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> CrIDH “Caso de los ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 139.

<sup>42</sup> CrIDH “Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia”. Sentencia de 31 de enero de 2006, párr. 111.

<sup>43</sup> CrIDH “Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

<sup>44</sup> CrIDH, “Caso De la Cruz Flores Vs. Perú”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, párr. 131.

<sup>45</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> consultada el 6 de septiembre de 2019.

**163.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada por el personal médico adscrito al HGZ 24, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida y a la integridad personal de V1.

#### **D. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1, EN RELACIÓN CON EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.**

**164.** La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

**165.** En el párrafo 92 de la Recomendación 81/2017, este Organismo Nacional estableció que este derecho es “[...] *aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero*”.

**166.** El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: “[...] *la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana*”.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> CrIDH “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

**167.** Además, ha sostenido que los Estados “[...] *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”.<sup>47</sup>

**168.** El párrafo 7 de la Observación General No. 155 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, establece que “(...) *El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)*”, a su vez, en el párrafo 25, indica que “(...) *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*”.

**169.** La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce en el artículo 4º el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud y de manera especial el noveno párrafo del citado precepto establece que: “*Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral*”.

**170.** Sobre el caso que nos ocupa, el 21 de diciembre de 2017, Q presentó una queja por deficiencias en la atención médica de V, que derivó en el fallecimiento de su hija V, adolescente de 16 años, por lo que esta Comisión Nacional considera que se le vulneró su derecho a la integridad física de la persona adolescente.

**171.** Para los efectos correspondientes, esta Comisión Nacional, acorde a lo establecido la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 1º, entenderá por niño a toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

**172.** La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los artículos 13 fracción IX y 50, fracciones I y II, contempla que las niñas, niños y adolescentes

---

<sup>47</sup> CrIDH “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 89.

tienen derecho a la salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica de calidad de conformidad con la legislación aplicable para prevenir, proteger y restaurar su salud.

**173.** Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con “a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños [...]*”.

**174.** En ese sentido, la CrIDH en su jurisprudencia, ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que ha asumido el Estado cuando se analizan los derechos de las niñas y los niños, como titulares de derechos humanos.<sup>48</sup>

**175.** Al respecto, los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto.

**176.** De acuerdo con los criterios de la CrIDH, la adopción de medidas especiales para la protección de la niñez corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que aquél pertenece<sup>49</sup> y toda decisión estatal, social o familiar que involucre alguna limitación al ejercicio de cualquier derecho de un niño o una niña, debe tomar en cuenta el principio del interés superior de la niñez, y ajustarse rigurosamente a las disposiciones que rigen esta materia<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> CrIDH. “Caso de los ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 194 y “Caso Forneron e hija Vs. Argentina” Sentencia de 27 de abril de 2012, párr. 4

<sup>49</sup> CrIDH. “Caso Furlan y Familiares vs Argentina”, Sentencia párr. 125.

<sup>50</sup> Íbidem, párr. 126.

**177.** Respecto del interés superior de la niñez, la CrIDH ha reiterado que este principio regulador de la normativa de los derechos del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades.

**178.** En el mismo sentido, la CrIDH destaca que conviene observar que para asegurar, en la mayor medida posible, la prevalencia del interés superior de la niñez, el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere ‘cuidados especiales de protección’<sup>51</sup>, “[...]en este sentido, es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas especiales, sino también las características particulares de la situación en la que se hallen el niño o la niña”<sup>52</sup>.

**179.** Así, la CrIDH ha considerado que los familiares de las víctimas de violaciones de derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas, tal como lo ha considerado este Organismo Nacional respecto de QV, V2, V3 y V4 con tal calidad, pues se considera también violado el derecho a la integridad psíquica y moral de familiares de víctimas “con motivo del sufrimiento adicional que éstos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos”<sup>53</sup>. También se ha declarado la violación de este derecho por el sufrimiento generado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus familiares<sup>54</sup>.

**180.** Por ello, de los hechos que se desprenden en el presente caso esta Comisión Nacional advierte el estado de vulnerabilidad e indefensión que le provocó a V1, como paciente de una enfermedad crónico degenerativa, mujer y persona menor de 18 años, situación que también afectó a V3, como hermano gemelo de V1, por la pérdida misma de su hermana, a quien no pudo acompañar en el proceso de su enfermedad, pues el

---

<sup>51</sup> CrIDH “Opinión Consultiva OC-17/02”, de 28 de agosto de 2002, párr. 60, y “Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile”. Sentencia de 24 de febrero de 2012., párr. 108.

<sup>52</sup> CrIDH “Caso Furlan y familiares Vs. Argentina”, Sentencia párr. 126.

<sup>53</sup> CrDH “Caso Herzog y otros Vs. Brasil”. Sentencia de 15 de marzo de 2018, párr. 351.

<sup>54</sup> CrIDH “Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile”. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 208.

medio hospitalario impide el acceso de las personas menores de edad. En las actuaciones de las autoridades responsables no consta evidencia que permita analizar sus acciones tendentes a proteger sus derechos y la atención psicosocial para enfrentar dicha pérdida.

**181.** Sobre la violación al interés superior de la niñez de V3, esta Comisión Nacional también considera que durante el desarrollo y evolución de los padecimientos de V1, con independencia de lo que las personas servidoras públicas del IMSS dejaron de observar en su favor dada su condición de adolescente, también se privó a V3 de los cuidados maternos indispensables para su adecuado desarrollo, pues QV y V2 tuvieron que mantenerse al pendiente de la evolución y cuidados de V1, lo que trasciende con el fallecimiento de ésta, ya que su perspectiva, se verá afectada de manera vitalicia por estos acontecimientos.

#### **E. DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV, V2 y V4.**

**182.** El Comité de DESC de la ONU ha sostenido que en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”<sup>55</sup>.

**183.** Al respecto, la CrIDH ha sostenido *“la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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”*<sup>56</sup>.

**184.** La NOM-004-SSA3-2012, en su artículo 4.4, prevé que el expediente clínico “es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso

---

<sup>55</sup> Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV.

<sup>56</sup> CrIDH “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

*de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, 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 [...]*”.

**185.** Esta Comisión Nacional se ha pronunciado respecto de que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*<sup>57</sup>.

**186.** Al respecto, en el estudio del presente caso, se observaron diversas irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, que documentan la atención que recibió en el HGZ 24, las cuales constituyeron violaciones a diversas disposiciones relacionadas con el acceso a la información en materia de salud al carecer varias documentales de nombre y/o firma de los médicos tratantes; fecha y hora y demás datos que debieron haber asentado; los signos y síntomas de V1, además de que, en muchas ocasiones se omitió indicar el nombre del familiar que recibió la información sobre el estado de salud de V1, incumpliendo todo ello con lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

**187.** Para esta Comisión Nacional, las omisiones referidas impiden conocer en algunos casos la identidad del personal tratante en determinadas etapas de la atención de V1, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud, en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

---

<sup>57</sup> CNDH. Recomendación General 29/2017 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, del 31 de enero de 2017, párr. 35.

**188.** En opinión de este Organismo Nacional, la adecuada integración del expediente clínico, permite conocer la verdad sobre el diagnóstico, estudios, seguimiento clínico, tratamientos, procedimientos quirúrgicos y en general todas aquellas acciones implementadas por las instancias o por las personas profesionales de la salud para dar debida continuidad a los padecimientos de las y los pacientes, lo que garantiza de manera indirecta su derecho a la protección de la salud en relación con el acceso a la información.

**189.** Aunado a lo anterior, también se pudo advertir que la deficiente integración del expediente clínico, quedó expuesta en el propio análisis realizado por la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente que sirvió de soporte a la Comisión Bipartita del propio IMSS, en la resolución del expediente sobre la queja relacionada con el caso de V1.

## **V. RESPONSABILIDAD.**

**190.** La responsabilidad de AR1 a AR24 derivó de las omisiones, falta de diligencia y deficiente atención médica brindada a V1, como se analizó en la presente Recomendación, con lo que se acreditó la violación al derecho a la protección a la salud, a la vida, a la integridad personal de V1, en su relación con el interés superior de la niñez y acceso a la información en materia de salud de QV y V2.

**191.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 a AR24 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones por no haber brindado adecuada atención médica a V1, al no contar con datos paraclínicos relacionados con una infección de tipo bacteriano, la cual inadecuadamente no fue advertida por el personal médico, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad que *per se* ya era elevado por el propio lupus eritematoso sistémico (LES) de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en el apartado correspondiente, mismas que configuraron violaciones al derecho de protección a la salud, a la integridad, al interés superior de la niñez.



**192.** Por lo anterior, AR1 a AR24, incumplieron en sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como personas servidoras públicas previstas en el artículo 7, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 1, 2, fracciones II y V, 23, 27, fracción III; 32 33, fracción II, así como 51 de la Ley General de Salud, en correlación con los artículos 8, fracción II, 9, 10, fracción I, 14, 19 48, 70, fracciones I y II, 71, 72, 73 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**193.** Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en el presente caso, así como en la denuncia que se presentará ante la FGR.

**194.** Esta Comisión Nacional advirtió las deficiencias que prevalecen en el IMSS, las cuales impiden el otorgamiento de servicios integrales de salud a las personas usuarias de las instituciones hospitalarias, entendiéndose como una circunstancia reiterada que desfavorece a las víctimas y contraviene los estándares nacionales e internacionales, en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos anteriormente pormenorizados, se confirman las violaciones a derechos humanos acreditados en el apartado sobre derecho a la salud, observando también una responsabilidad institucional del HGZ 24, en donde V1 durante 73 días de hospitalización en tres periodos de tiempo diferentes entre sí, se le practicaron cirugías, tratamientos médicos durante su hospitalización y proporcionaron diversas consultas.

**195.** Este Organismo Nacional Autónomo considera que el grave estado de salud de V1 y posterior fallecimiento ocurrieron en el lapso que recibió la atención médica en el HGZ 24, ya que no confirmaron o descartaron con la debida oportunidad, algún proceso infeccioso, así como las complicaciones derivadas del mismo: sepsis, sepsis grave y

choque séptico en V1, cuya posibilidad de existencia era mayúscula en virtud tanto de los síntomas que presentó la menor desde el mes de agosto de 2017, como de los riesgos latentes y relacionados con el tratamiento médico prescrito para el LES, a base de esteroides corticoesteroides. Dicha situación incrementó el riesgo de complicaciones inherentes al proceso infeccioso en sí, que muy tarde detectaron en el HGZ 24 con la consecuente morbilidad y mortalidad de V1.

**196.** Conforme a la Opinión Médica de este Organismo Nacional se acreditó que V1 no recibió atención médica adecuada desde el 29 de agosto de 2017. El 09 de diciembre de 2017 V1 tuvo un paro cardiorespiratorio que le provocó daño cerebral irreversible, agravando desde ese momento su estado -por demás- crítico de salud hasta la pérdida de su vida.

**197.** Esta Comisión Nacional observó que, de agosto a noviembre de 2017, transcurrió un tiempo en exceso razonable para que el personal médico del HGZ 24, efectuara una adecuada integración diagnóstica del proceso de infección que V1 presentaba.

**198.** Ante tales circunstancias, se establece que existe una responsabilidad institucional relacionada con la falta de atención por personal médico y tratamiento adecuado en el HGZ 24 que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos descritos, este Organismo Nacional considera, que con motivo de la falta de atención y tratamiento oportuno en el Hospital General, no se brindó una atención integral que propició la pérdida de la vida de V1.

**199.** Aunado a lo anterior, del análisis de los expedientes clínicos generados, durante aproximadamente nueve meses de atención médica a V1, se observaron irregularidades en su integración, infringiendo con ello los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto de la elaboración de las notas médicas, integración de la historia clínica y exploración física de V1, así como la falta de firmas, nombres o cédulas de los médicos y residentes en las notas médicas, como quedó acreditado en el HGZ 24.

**200.** Esta Comisión Nacional también advirtió falta de personal para proporcionar atención médica inmediata y de diversos insumos en el HGZ 24, tales como a) hemoderivados, b) medicamentos, c) infraestructura, así como la falta de condiciones como el cuarto aislado que se refirió como causa para que V1 no pudiera ser referida al Centro Médico La Raza, lo cual es una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta las evidencias de la presente Recomendación, este Organismo Nacional considera que esto incumple con el adecuado deber de proporcionar atención médica, lo que constituye una falta en la garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias de dichos servicios.

## **VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.**

**201.** De conformidad con los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño, por las violaciones a los derechos humanos de V que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

**202.** 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 Mexicana; 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos 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.

**203.** 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 los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

**204.** 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 que “[...] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.<sup>58</sup>

**205.** 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*

---

<sup>58</sup> CrIDH “Caso Espinoza González vs. Perú”, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, Párr. 300 y 301.

*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 [...]”<sup>59</sup>.*

**206.** Para esta Comisión Nacional, no pasa desapercibido que de las constancias que obran en el expediente se observa que QV, V2, V3 y V4 son víctimas indirectas de las presentes violaciones a derechos humanos, puesto que, durante el desarrollo y evolución de los padecimientos de V1, las perspectivas de vida se verán afectadas de manera vitalicia por estos acontecimientos. Por ello, las medidas de reparación deberán amparar también a QV, V2, V3 y V4 en razón del vínculo familiar existente con V1, el acompañamiento otorgado durante el desarrollo de los sucesos que dieron origen a las violaciones a derechos humanos que se analizan y los sufrimientos causados durante el proceso en el que V1 resultó violentada en sus derechos humanos.

**207.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafo tercero y cuarto, 2, 7 fracciones II, VI, VII, VII, 26, 27, 62, 64, 65 inciso c) 67, 68, 74, 75, 88 fracción II y X, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VII y VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a QV, V2, V3 y V4, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente Recomendación.

#### **a) Medidas de rehabilitación.**

**208.** Debido a las afectaciones que los hechos documentados han generado en QV, V2, V3 y V4, esta Comisión Nacional considera que se les deberá proporcionar atención psicológica y tanatológica que requieran; esta deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a sus edades y sus especificidades de género.

---

<sup>59</sup> “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras”. Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo), párr. 175.

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

**b) Medidas de satisfacción.**

**210.** En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que respectivamente se presenten ante las instancias referidas y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

**211.** Se requiere que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 a AR23, por la violación a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida, a la integridad, al desarrollo y al interés superior de la niñez en agravio de V1 que derivaron en la pérdida de su vida, así como para la debida integración de la denuncia que este Organismo Nacional presentará en la FGR.

**212.** Se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas. Asimismo, la FGR deberán implementar las acciones necesarias para investigar de manera eficaz y diligente, conforme a los estándares internacionales de protección de derechos humanos, los casos que con motivo de sus atribuciones se encuentren a su cargo y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias que permitan acreditar su cumplimiento.

**c) Garantías de no repetición.**

**213.** Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a efecto de evitar que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas para hacer efectivo los derechos de las víctimas.

**214.** Se recomienda se diseñen e impartan en todo el personal del HGZ 24, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud; b) Obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud; c) Derecho de acceso a la información en materia de salud, en específico en referencia a los estándares contenidos en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* y el contenido de la Recomendación General 29, “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”; y d) Actualización en Lupus Eritematoso Sistémico (LES), con especial consideración para lo establecido respecto al LES en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Mucocutáneo*, del Consejo de Salubridad General. Dicha capacitación deberá ser efectiva para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, con perspectiva de género y con especial atención al trato digno y humanizado de las personas servidoras públicas del sector salud.

**215.** En el término de seis meses deberán adoptarse medidas efectivas de prevención en el HGZ 24, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

**216.** Además, se deberá dotar al HGZ 24 de los instrumentos, equipo, hemoderivados, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

**217.** Finalmente, deberá emitirse una circular dirigida al personal médico del HGZ 24, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación, en los casos que así proceda, ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al presente.

#### **d) Medidas de compensación.**

**218.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, por lo que al acreditarse violaciones a los derechos humanos de QV, V2, V3 y V4, la autoridad responsable, es decir el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá indemnizarlos de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, por los hechos imputados a personal médico de dicha institución, en los términos descritos en la presente Recomendación.

**219.** Para ello se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto bio-psicosocial, (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, personas mayores, niños y niñas y personas en situación de pobreza)<sup>60</sup>.

**220.** A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: a) daño material: son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas; b) la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas; c) los gastos efectuados con motivo de los hechos; y d) las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

**221.** Para el cumplimiento de las acciones previstas en los puntos recomendatorios a que se hace alusión en este apartado, tal como lo prevé el artículo 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de ser aceptada la Recomendación las

---

<sup>60</sup> CrIDH. “Caso *Bulacio vs Argentina*”. Sentencia de 18 de septiembre de 20, pp. 80-104.



autoridades deberán enviar las pruebas correspondientes de que han cumplido con lo recomendado en los plazos señalados.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General, las siguientes:

## **VII. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a QV, V2 V3 y V4 que incluya una compensación por la inadecuada atención médica y la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida, a la integridad en su relación con el Interés Superior de la Niñez de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Proporcionar atención psicológica y tanatológica a QV, V2, V3 y V4 por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas. Dicha atención deberá ser proporcionada por personal médico especializado y de forma continua, incluyendo en su caso, la provisión de medicamentos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la integración de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y hasta AR24 por las violaciones a los derechos humanos descritas, así como en la denuncia que se presentará ante la FGR en contra de quien resulte responsable, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**CUARTA.** Se incorpore copia íntegra de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1 y hasta AR24, donde se hace constar las violaciones a los derechos humanos en las que participaron y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**QUINTA.** En el plazo de 3 meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ 24 en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan al personal médico y administrativo de la HGZ 24, los cursos de capacitación en materia de: a) Derecho a la protección de la salud; b) Obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud; c) Derecho de acceso a la información en materia de salud, en específico en referencia a los estándares contenidos en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012. *Del expediente clínico* y el contenido de la Recomendación General 29, “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”; y d) Actualización en Lupus Eritematoso Sistémico (LES), con especial consideración para lo establecido respecto al LES en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Mucocutáneo*, del Consejo de Salubridad General; y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** En un plazo máximo de 6 meses, tome las medidas necesarias de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el HGZ 24 cuente con la infraestructura, equipamiento, insumos necesarios y todo aquello que garantice los

estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que se otorguen en el referido nosocomio, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**OCTAVA.** Designar a la persona servidora pública de alto nivel con facultad de decisión quien sea el 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.

**222.** 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 tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**223.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

**224.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

**225.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**